BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

Anno XLIV. Ser. V. Vol. XVI.

Novembre e Dicembre 1873

—o—

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1874

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI NOVEMBRE E DICEMBRE 1873

MEMORIE ORIGINALI

TRADUZIONI E RISTAMPE

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Memorie Originali

—

SULL' ALLACCIATURA DELLA FEMORALE PROFONDA. — Storia e considerazioni del socio corr. Prof. AZZIO CASELLI, Professore di Clinica Chirurgica e Primario nell' Ospedale di S. Maria Nuova in Reggio dell' Emilia (1).

Onorevoli Signori

Nel rivedere le svariate opere chirurgiche risguardanti le allacciature de' vasi sanguigni, più fiate m' era corso alla mente come mai alcune arterie non erano mai state tocche dalla mano operatoria de' nostri insigni maestri e mi andava dimandando se più che alla difficoltà dell' allacciarle fosse da attribuirsi alla mancata occasione del farlo. Fra i vasi che a mio credere non formarono mai soggetto di speciale allacciatura per quanto ho potuto attingere dalle antiche e moderne bibliografie, evvi l' arteria femorale profonda. Questo cospicuo ramo ubicato in una delle parti ove le violenze esterne sì di frequente hanno sede ed ove può giungere anche per via indiretta la punta d' uno strumento feritore od un proiettile, questo ramo che molte volte potrebbe nutrire di per se in modo temibilissimo qualche vasto tumore della

---

(1) Letta nella Seduta 30 Novembre 1873 della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

coscia, meritava a mio vedere che si prendesse in considerazione e si studiasse la di lui allacciatura. In tali contingenze i chirurghi ebbero ricorso all' allacciatura della femorale comune, ma di rado quest' operazione fu coronata da felice successo, perocchè la vicinauza delle origini della epigastrica e della circonflessa iliaca impediscono la formazione di un grumo abbastanza solido da resistere alla veemente onda sanguigna proveniente dall' iliaca esterna. E ben lo prova il caso del Prof. *Atti* di Bologna che praticata nel 1804 l' allacciatura della femorale comune per aneurisma inguinale, manifestossi in 14ª giornata una sì cospicua perdita di sangue da dover ricorrere alla legatura dell' iliaca esterna, ch' egli eseguì pel primo in Italia, dopo due infelici successi dell' *Abernety* in Inghilterra; ed il caso pure del *Camici* riportato dal *Biagini*, in cui per una ferita d' un arteria perforante quell' operatore dovette procedere alla legatura della femorale comune, che alla caduta del laccio diè luogo a spaventevole emoragia da non essere frenata che coll' allacciatura dell' iliaca esterna.

Mi posi intanto a studiare quali sono i rapporti anatomici della femorale profonda e quale sarebbe la via più breve e più sicura per la quale si potesse giungere a portarvi un laccio onde arrestare la corrente sanguigna.

L' arteria crurale comune continuazione dell' iliaca esterna, uscita dall' arcata del *Faloppio* alla metà circa dello spazio che separa la spina anterior-superiore dell' ileo dalla sinfisi del pube nell' uomo, e due centimetri circa più all' interno nella donna, prende una direzione dall' alto al basso dall' esterno all' interno e dopo un tragitto ordinariamente di cinque centimetri dividesi in due grosse branche, nella femorale superficiale e nella femorale profonda o grande arteria muscolare. Questa divisione però non avviene sempre nello stesso punto, diverse

volte ha luogo più in alto e persino all' uscita della stessa arcata crurale, rarissime fiate più in basso. Avvenuta la biforcazione, la femorale superficiale segue la direzione del vaso da cui ebbe origine e si approfonda guadagnando l' anello degli adduttori, ove perde il suo nome per assumere quello di poplitea. La femorale profonda si stacca dal lato posteriore ed esterno della comune, si approfonda nel centro della coscia e discende verticalmente in basso tra il pettineo, il vasto interno ed il piccolo adduttore, attraversa coi suoi rami questo muscolo poco sopra l' anello degli adduttori stessi, ove scorre la femorale superficiale e termina nella regione posteriore della coscia nel bicipite e nel semi-membranoso. In questo decorso essa fornisce diverse diramazioni, prima delle quali è la circonflessa interna, ramo voluminoso che costeggia il tendine del psoas iliaco ed il pettineo, poscia guadagna il collo del femore; la circonflessa esterna che sta fra il psoas iliaco ed il retto anteriore, da ultimo le perforanti che si recano alla regione posteriore della coscia.

La vena femorale comune trovasi posteriormente ed all' interno dell' arteria, si biforca in corrispondenza alla divisione arteriosa e qualche volta la vena femorale profonda si porta al davanti dell' arteria ononima.

I nervi crurali situati al lato esterno dell' arteria femorale comune, trovansi al di fuori del canale dei vasi e sono applicati sui muscoli psoas ed iliaco e fissati da una lamina aponeurotica.

Le arterie e le vene femorali comuni, superficiali e profonde, sono rinchiuse da un canale aponeurotico formato dall' allontanamento di due lamine dell' aponeurosi fascialata.

Una differenza molto marcata e frequente ho potuto osservare fra il lato destro ed il sinistro di moltissimi

cadaveri. A destra la femorale profonda nasce dalla comune ad angolo acuto e conservasi per un discreto tratto quasi parallela alla superficiale. A sinistra invece, staccasi ad angolo ottuso ed approfondandosi direttamente guadagna le parti sottostanti della coscia. Questa differenza è stata da me trovata nella proporzione dell' otto su dieci e la credo di molto interesse per l' atto operatorio.

Per allacciare adunque la femorale profonda ecco quale era il processo al quale avevo pensato d' attenermi, nel primo incontro in cui avessi trovato l' indicazione d' eseguirla.

Posto l' ammalato supino colla gamba semiflessa sulla coscia e tutto l' arto rotato all' esterno, si faccia un' incisione interessante la sola cute, che parta dall' arcata crurale mezzo centimetro più all' esterno della linea che si seguirebbe per l' allacciatura della femorale comune, si abbassi parallelamente alla linea anatomica di questo vaso e si prolunghi in basso per sette centimetri nei soggetti magri, per nove o dieci nei grassi. Continuando ad incidere il tessuto sotto-cutaneo avrassi molta cura, in special modo negl' individui forniti di molto pannicolo adiposo, di non ledere la safena interna che di frequente incontrasi in questo luogo sepolta nell' adipe; incontrandola si isolerà e si porterà al lato interno della ferita affidandola all' ottuso oncino d' un assistente. Incontransi pure di sovente alcuni gangli linfatici, che verranno o spaccati od estirpati a seconda della specialità del caso. Scoperta l' aponeurosi del fascialata s' inciderà sopra una tenta scannellata ed abbandonato l' istrumento tagliente, coll' estremità d' una sonda spostando il poco cellulare sottostante si potrà presto riconoscere l' arteria crurale col fascio nervoso all' esterno, spingendo poi il dito lungo il margine interno della ferita potrassi sentire la tubazione della grossa vena femorale. Si prosegua allora a

distaccare colla sonda il lasso tessuto cellulare che è interposto fra l' arteria ed il nervo ed approfondandosi in questo spazio discendendo dall' alto al basso, non riuscirà difficile l' incontrare una grossa branca arteriosa che si stacca ora ad angolo acuto, ora ottuso dalla femorale comune e questa è la femorale profonda.

Mediante un' uncino ottuso posto sopra la biforcazione della femorale si faccia da un' assistente allontanare dal centro della ferita verso l' interno questo vaso unitamente alla sua vena, mentre un' altro uncino sposta all' esterno il fascio nervoso e si acquisterà spazio sufficiente onde vedere chiaramente la crurale profonda accompagnata dalla sua grossa vena che alcune volte le stà innanzi, altre volte giace al suo lato interno. Con precauzione s' isolerà la vena dall' arteria e con un ago di *Cooper* si porterà fra questi due vasi il laccio che dovrà stringere l' arteria. Quando la vena trovasi al di dietro riuscirà facile di seguire il precetto di passare l' ago dalla vena verso l' arteria onde rendere più difficile la lesione delle pareti di quest' ultima, ma quando la vena è al davanti ciò riesce più brocardico, nullameno si può ottenere adoperando un ago di *Decamps* col manico rivolto in alto e facendolo agire dalle parti superficiali verso le profonde. Si riuscirà così a circondare l' arteria senza grave pericolo per la vena. Si spinga in allora coll' apice degl' indici il laccio in basso di tanto quanto si desidera per allontanarsi dalla biforcazione, o quanto si possa se nol vieta il sorgere delle circonflesse, e mediante i soliti nodi s' interromperà il corso nel lume del vaso.

Avevo in mia mente stabilito questo processo ed attendèvo occasione adatta onde metterlo in opera, quando presentossi in mia casa certo Cucchi Giuseppe, d'anni 55, di Cavazzoli affetto da voluminoso tumore al lato interno e posteriore della coscia sinistra, occupante i tre quarti

superiori dell' arto. Dietro sua domanda se poteva o no praticarsene l' asportazione io risposi affermativamente e l' accettai all' Ospedale collocandolo al N. 56 della mia Sezione Chirurgica.

L' esame obiettivo offriva quanto segue:

Individuo robusto alto metri 1: 57, provvisto di abbondante adipe in tutto il corpo, vene superficiali svilup-patissime ed in molti luoghi varicose, torace ben conformato con sonorità e murmure respiratorio normali, deboli ma normali i toni cardiaci, come pure deboli le pulsazioni delle radiali. Alla coscia sinistra nella sua parte interna e posteriore aveva sede un voluminosissimo tumore che toccando in alto la tuberosità ischiatica giungeva in basso nell' unione del terzo medio col terzo inferiore della coscia stessa; anteriormente oltrepassava colla sua base la linea del fascio nervo vascolare che restava così spostato e saldato alla parte più declive del neoplasma. Posteriormente protundeva al di sotto del muscolo bicipite con saliente rilievo. La consistenza era ineguale in diversi punti e mentre in alcune località avvertivasi quasi una fluttuazione in altre invece aveasi una durezza lapidea; nei punti più rammoliti sentivansi marcate pulsazioni che cessavano comprimendo la femorale comune, ma non così comprimendo la crurale superficiale all' apice del triangolo dello *Scarpà*, cioè al di sotto della biforcazione. All' ascoltazione risultato negativo. Tentando di spostare tutto il tumore in massa si sentiva libero da aderenze al femore, ma riusciva poco mobile per la profondità in cui era collocato e pei solidi legami che gli offrivano i valenti muscoli di quella regione.

Misurando le due coscie si ottenevano i seguenti risultati:

	Coscia sana	Coscia ammalata
La circonferenza dell'arto sotto la tuberosità ischiatica.	60	70
A 10 Cent. al di sotto di questa	57	83
A 20 Cent. idem	54	73
5 Cent. sopra la rotula	48	49

Misurato il neoplasma ne' limiti riconoscibili all'esterno si aveva 29 centimetri nel diametro longitudinale, e 16 nel massimo trasverso.

Interrogando l' ammalato ne risultava che niente esisteva d' ereditario nè in linea diretta nè collaterale, che esso non aveva mai sofferto malattie di genere alcuno e che solamente da sei mesi avendo riportato un colpo da una penna d' un aratro durante i suoi lavori contadineschi, risentì grave dolore che proseguì per molti giorni dando poi luogo ad un piccolo indurimento che rimase stazionario per un dato tempo, poscia 50 giorni circa prima dell' ingresso del Cucchi nell' Ospedale cominciò a crescere sì rapidamente da raggiungere la mole suddescritta.

Escluso un'aneurisma mediante il palpamento e l'ascoltazione, tenuto calcolo del suo rapido accrescimento, dell' enorme vascolarizzazione e della differenza di consistenza nei diversi punti, non esitai in vero a dichiarare questo prodotto un neoplasma eterologo e precisamente un carcinoma. La sua sede poi la dichiaravo sotto-aponeurotica ed interstiziale fra il sartorio ed il psoas iliaco, internamente fra la massa degli adduttori il retto interno ed il bicipite, la sua base adiacente al femore.

Convocati i Medici e Chirurghi del nostro Pio Stabilimento ricercai il loro voto intorno a sì importante caso e proponendo loro l' estirpazione del tumore mostravo pure la necessità di passare prima alla legatura del vaso

principipnle nutritizio del neoplasma. Ora considerando come *Cooper* allacciò la femorale dovendo estirpare un tumore popliteo, *Portal* l' iliaca esterna per gangli linfatici inguinali, *Vaccà* la subclavia per tumore dell' ascella, *Barovero* la carotide primitiva per tumore sarcomatoso parotideo, tacendo di tanti altri, io mi credevo abilitato a poter proporre l' allacciatura di un vaso che non solo era contiguo al tumore, come nè sopra citati casi, ma che direttamente alimentava e nutriva la neoproduzione del nostro infermo. Anzi il rapidissimo aumento di volume e le pulsazioni tanto sensibili in qualche punto, davano a divedere che *ubi stimulus ibi fluxus* e che in quel punto i vasi sanguigni avrebbero già subito un allargamento sopra del normale. Che l' allacciatura de' singoli vasi incisi potesse farsi dopo estirpato il tumore era per me cosa non molto probabile, perocchè alla profondità di 12 o 13 centimetri in cui avremmo trovata la base del tumore, non sò invero se qualunque anche ardito chirurgo avrebbe potuto giungere a frenare l' emorragia, giacchè m' appello a chiunque di estesa pratica si sia trovato nel caso di portar molti lacci in una profonda ferita ove i getti di sangue s' infrangono e si irradiano in cento direzioni, onde possano dare un congruo giudizio sul mio caso. Ben rammento a qual pericolo corse un' operata da mio Padre di tumore alla coscia destra per sede, per volume e natura inferiore a quello del mio infermo, quando molti vasi nutritizi rimasero incisi, la sola fermezza di chi operava ed assisteva, coadiuvata da valide compressioni riuscirono a por freno ad un' emorragia che di poco prolungata avrebbe ucciso la paziente. Il processo di legatura dell' arto da operarsi mediante un grosso cordone di gomma elastica all' insopra del tumore col processo di *Esmarch* da Kiel riportato dal *Menzel*, oltre al non avere ancora totalmente avuta la pratica

sanzione non poteva poi essere applicato in questo caso per la troppa altezza a cui ascendeva il neoplasma.

Il voto de' primari tutti fu a seconda delle mie viste e venne approvato il processo operativo ch' io avevo proposto; l' infermo acconsentì vieppiù di buon grado adducendo egli stesso che se quel tumore avesse proporzionalmente avuto tendenza a crescere quanto aveva fatto in 50 giorni sarebbe in breve divenuto tale da impedire la deambulazione e minacciarne da vicino la vita.

L' operazione fu concertata pel mattino del 3 Ottobre, molti Medici-Chirurghi ed allievi sì della Città che della Provincia ivi intervennero, oltre i soliti primari ed assistenti del nostro Ospedale. Si cloroformizzò l' infermo e venuta la risoluzione cominciai dal fare un' incisione che partendo dalla piega dell' inguine si portava per 11 centimetri in basso seguendo la linea dell' arteria femorale parallelamente mezzo centimetro all' infuori, attraversai col bisturì tre centimetri di adipe, trovai un grosso ganglio linfatico che estirpai. Rinvenni e spostai all' interno la safena interna, incisi l' aponeurosi del fascialata, trovai il fascio nerveo vascolare crurale, che isolai scostando con uncini ottusi di tanto l' arteria superficiale dal nervo da poter scoprire l' arteria femorale profonda, la quale come accennai essendo la sinistra era ad angolo quasi retto, perciò nella condizione la più disagevole; l' isolai dalla vena che erale anteriore, e passai coll' ago di *Decamps* un laccio. Spinsi allora cogl' indici il cordoncino più in basso che potei finchè il sorgere della circonflessa interna me lo permise e l' allacciai con due stretti nodi. Il laccio era così caduto a due centimetri dalla biforcazione della femorale comune.

Compiuta questa prima operazione diedi tosto opera alla seconda approffittando della progrediente narcosi cloroformica. Feci partire un' incisione a tutto spessore

di cute e di tessuto sotto-cutaneo da quattro centimetri più all' interno di quella eseguita per l' allacciatura discendendo obliquamente dall' alto al basso, dall' interno all' esterno verso la base del tumore, stando così circa due centimetri internamente ma in modo parallelo alla linea di spostamento che aveva subito l' arteria femorale superficiale in un colla vena e col muscolo sartorio; questo taglio riuscì lungo 30 centimetri. Un' altro simile feci partire dalla tuberosità ischiatica che venne ad incontrare il primo sulla base del tumore, circoscrivendo così un triangolo con una base in alto larga 10 centimetri. Diseccai e rovesciai in alto questo vasto lembo, indi incisa a pieno tagliente l' aponeurosi superficiale, mi diedi tosto a distaccare il fascio nerveo vascolare col sartorio dal sottogiacente tumore, il che mi riuscì malagevole, per le forti aderenze che la grossa vena femorale avea contratto nella sua parte interna col tumore. Ora incidendo ora enucleando e lacerando svincolai il neoplasma dalle fimbrie tendinee de' muscoli che s' inseriscono alla tuberosità ischiatica, l' isolai pure dal psoas iliaco, dal retto interno, dalla massa degli adduttori e dal bicipite ed in breve ebbi il tumore vincolato da sole aderenze profonde ed inferiori. Distrutte le profonde, giunsi al distacco della parte inferiore del neoplasma ove era tenuto fisso da una resistente espansione aponeurotica. Mi proposi d' andare colla massima cautela pel timore d' incontrare la femorale superficiale nel passaggio ch' ella fa attraverso l'anello degli adduttori, e sebbene la linea occupata dalla neoproduzione fosse un tantino all' insopra della posizione normale in cui sorge la poplitea, pure fui ben contento di tal precauzione perocchè tolto il tumore scorsi l' arteria femorale a nudo per circa tre centimetri.

Le due operazioni erano così compiute e tranne di due arteriuzze tegumentarie e d' un ramo della grande anastomotica, null' altro richiese l' emostasi.

Estratta la neoplasia la ferita superstite era profonda sedici centimetri.

Larghe irrorazioni d' acqua semplice e del *Pagliari*, un pezzo di tubo a drenaggio entro la ferita, diversi punti di sutura, filacce, compresse e fascie completarono la medicatura, e l' operato aveva già ricuperata la piena conoscenza di quanto l' attorniava trovandosi pienamente libero dall' azione dell' anestetico.

Per le due operazioni e le consecutive medicature occorse un tempo non minore di un' ora e 10 minuti.

L' infermo fu trasportato al proprio letto ed il neoplasma fu da me consegnato ai distintissimi Signori Dottori *Trebbi* e *Tamburini*, il primo Vice-Direttore ed il secondo Assistente nel nostro Manicomio, i quali gentilmente assistettero all' operazione e s' incaricarono degli esami anatomo-patologici del tumore stesso.

Per molte ore l' infermo stette calmo ma in preda a vivo abbattimento, furono somministrate bibite eccitanti e nella sera avevamo temp. 37 4[5, puls. 80, resp. 28. La temperatura della coscia destra era di centig. 37 2[5, sinistra 36 4[5; della gamba destra 37 3[5, della sinistra 37.

La notte seguente fu tranquilla ma insonne; dal tubo di fognatura gemeva un poco di sangue nero piceo squagliato.

Nel mattino del quattro temp. 40 1[5, puls. 120, resp. 37. La reazione febbrile era forte ma l' infermo diceva di star bene, aveva però qualche colpo di tosse con escreato mucoso ed un poco di disfagia parziale, perocchè poteva inghiottire alcune cose liberamente mentre altre gli cagionavano sintomi di soffocazione.

L' apparecchio di medicatnra era appena lordo di qualche macchia sanguigna. Furono sovraposte alle fascie delle compresse imbevute in soluzione d' acido carbolico e somministrai il chinino col solfito di soda. Nel mezzogiorno temp. 40, puls. 78, resp. 27.

Nella sera polsi piccoli e sudori abbondanti con leggero delirio. Temp. 39 4|5, puls. 98, resp. 35. La temperatura della coscia destra era di 37 2|5, della sinistra 37, quella delle gambe era uguale. La notte fu passata tranquillamente ma con subdelirio.

Nel mattino del 5, polsi frequentissimi e piccolissimi, temp. 30, resp. 42; sulla gamba si vedevano alcune macchie bluastre ma non flicteni. Fu rinnovata la medicatura e l' aspetto della piaga non poteva essere più lusinghiero, nessun cattivo odore, nessun grumo sanguigno nè altro d' anormale vi si mostrava; il colore era ovunque roseo. Lavai e detersi le soluzioni di continuo con àcido fenico allungato e rimisi l' apparecchio.

Nel mezzogiorno la dispnea diventava maggiore e l'addome timpanico, le pulsazioni non si contavano, pure l'infermo diceva di sentirsi bene. La temperatura era uguale in amendue le coscie e le gambe. Esaminato anteriormente il torace sentivasi una leggera ottusità agli apici e sui bronchi molti rantoli a grosse bolle. I toni del cuore debolissimi ed appena percettibili. Feci fare alcune senapizzazioni vaganti e somministrai bibite eccitanti, ma il minacciante collapsus crebbe al segno che alle ore cinque e mezza pomeridiane dello stesso giorno il Cucchi cessava di vivere, 55 ore dopo la subìta operazione.

È d' uopo notare che fatta la medicatura nel mattino del cinque le macchie blaustre accennate scomparvero affatto e la temperatura degli arti divenne uguale, ciò starebbe a dimostrarne che questo coloramento era dato dalla compressione sulle vene, dell' apparecchio di medicatura essicatosi, non già ai disordini circolatorii per la praticata allacciatura.

Vedendo sommamente utile il procedere all' autopsia pregai i sullodati Signori *Trebbi* e *Tamburini* a volerla praticare, al che aderirono con quella gentilezza che tanto

li distingue e mi fornirono il seguente reperto ch' io letteralmente trascrivo.

Necroscopia eseguita 22 ore dopo la morte. — Cadavere di forme atletiche, cute di colore itterico, tessuto adiposo molto abbondante, musculatura assai sviluppata, macchie ipostatiche alla parte posteriore del corpo, del collo ed al lato destro della faccia, scolo dalle narici e dalla bocca di un liquido nero-verdastro; la gamba sinistra di un colorito rosso cianotico più voluminosa della destra, specialmente alla regione della sura ove rilevasi una tumefazione, percuotendo sulla quale ottiensi una rilevante sonorità. Subito sotto l' arcata crurale dell' arto sinistro osservasi una incisione diretta secondo l' asse longitudinale dell' arto, lunga 11 centimetri, larga 3, profonda 5, di colore rosso pallido, nella quale trovansi piccoli grumi sanguigni. I lembi di tale incisione sono formati dalla cute, dal sottostante pannicolo adiposo, poi da una guaina aponeurotica alla quale fa seguito uno strato muscolare; il fondo di tale incisione è formato dal fascio nerveo vascolare; in detta incisione trovansi due allacciature, una superficiale l' altra profonda. Alla parte interna e superiore di questo arto si nota un lembo cutaneo triangolare colla base superiore, l' apice rivolto in basso, il cui margine anteriore misura 23 centimetri, il posteriore 26, la base 10, dello spessore di 2. L' epidermide che copre questo lembo si stacca in branelli dal derma ed il suo colorito è bruno. La superficie interna del lembo è formata da tessuto adiposo, di una tinta rosso-scura che si fa sempre più cupa verso l' apice. Sollevato questo lembo notasi un' apertura triangolare colla base in alto l' apice in basso limitata internamente dal margine esterno del retto interno, all' esterno dal margine interno dell' adduttore medio. Tale apertura conduce in una cavita molto ampia che s' insinua fin sotto il femore, la

profondità massima della quale è di centimetri 9. Le pareti di tale cavità costituite dai muscoli circostanti, mostransi di un colore rosso-cupo e contiene molti grumi sanguigni di debole consistenza; in questa cavità rinvengonsi tre allacciature una superiore una media ed una inferiore.

Passato alla dissezione di quest' arto per vedere lo stato delle parti più profonde, e da prima esaminata con cura l' incisione posta sotto l' arcata crurale, separate le varie parti che entrano nel fascio nerveo vascolare si vede che l' allacciatura posta profondamente è sull' arteria femorale profonda a due centimetri dalla sua origine dalla femorale comune, che i muscoli presentano in vari punti del loro decorso vaste echimosi, che la safena nel punto corrispondente al terzo inferiore della coscia mostra le sue pareti molto ingrossate ed il suo lume otturato da coagulo sanguigno, che la tumefazione in corrispondenza della sura è limitata alla cute per enfisema sottocutaneo, che i muscoli dai quali è limitata la cavità posta alla parte interna e superiore della coscia sono tutti ecchimotici e che prolungando l'incisione alla parte inferiore di questa cavità fra i muscoli e le guaine di questi, si vede una discreta raccolta d' icore; notasi inoltre che il sistema venoso è molto sviluppato, e le vene molto espanse ed a tratti presentano delle rigonfiature prodotte da smagliature della membrana interna. Asportato il fascio vascolare femorale profondo, vedesi il laccio che circonda l' arteria isolata dalla vena per uno spazio di circa sei millimetri, alla distanza di due centimetri dalla femorale comune e subito all' insopra dell' origine della circonflessa esterna. Levato il laccio ed aperto il lume dell' arteria, vedonsi rotte le due tuniche media ed interna nel posto ove l' attorniava il cingolo e trovasi tutto il tratto di vaso dal punto dell' allacciatura alla biforcazio-

ne della crurale comune, occupato da un grumo fibrinoso fusiforme abbastanza solido.

Torace. — I polmoni liberi nella loro cavità, con ipostasi, offrono al tatto noduli più o meno grandi (da un acino ad una noce) consistenti, diseminati per tutti due i polmoni, quali superficiali quali profondi; sezionati si vedono sporgere sulla superficie del taglio, formati alcuni da una sostanza bianco-rosea, molle, rivestiti da membrana e snucleabili dalla sostanza polmonare circostante sana; altri invece si mostrano di un colorito rosso cupo e variegati da strie scure a guisa di noce moscata. Il cuore alquanto voluminoso ha le pareti del ventricolo sinistro ingrossate, il foro auricolo ventricolare ampliato, le valvole semilunari dell' aorta fornite di nodosità ateromatose alla loro base d' impianto. Placche di ateroma rinvengonsi pure nell' aorta. Nel ventricolo destro e nell' apparecchio valvolare di questo nulla di notevole.

Addome. — Fegato piuttosto voluminoso di colorito giallo pallido, chiazzato alla superficie di macchie di un colore giallo più deciso; al taglio si presenta finalmente variegato di giallo e di rosso con prevalenza del primo. Milza atrofica, col diametro più lungo di nove centimetri, il più corto di quattro centimetri e mezzo, avviluppata da una capsula molto inspessita, la sostanza è di colore feccia di vino, consistente, tramezzata da numerose trabecole fibrose bianche molto sviluppate. Reni di volume normale con iniezione alla base delle piramidi. Gli altri visceri non offrono alterazioni.

Capo. — Nel cervello si nota nelle arterie del circolo del Villis ateromasia che si propaga alle diramazioni principali e specialmente alle silviane ed alle arterie cerebrali posteriori. Sostanza bianca abbondantemente punteggiata, sostanza grigia normale, ventricoli pure normali,

ependima con iniezione dei rami principali, tela coroidea e processi coroidei con discreta iniezione. Nelle meningi si osserva un leggier grado di iniezione ed un effusione sanguigna in corrispondenza dell' emisfero sinistro, l' aracnoide non è opacata in nessun punto. In questo cadavere si nota una grande prevalenza del sistema venoso e si nota in generale uno sfiancamento delle membrane in modo da far ernia sulla tunica esterna.

Fra tante lesioni anatomiche riscontrate in questo cadavere risaltano in alto grado i segni dell' icoroemia ed a questa esclusivamente è da attribuirsi la causa della morte.

La tumefazione alla sura della gamba sinistra che al momento dell' autopsia dava suono timpanico è stato effetto di iniziata putrefazione, perocchè i tessuti che la formavano erano perfettamente sani e solamente punteggiati da qualche ecchimosi.

Esame microscopico del tumore asportato dalla coscia. — Abbondanti cellule globulose fornite di più nuclei dei quali uno grandissimo, infiltrate tra scarso stroma a fascetti di connettivo. In qualche parte più dura però del tumore la trama connettiva prevale sulle cellule; mentre nei punti più molli non si ha quasi alcuna traccia dei setti intercellulari. A caratteri evidenti *Carcinoma.*

Esame microscopico de' noduli polmonari. — Ammasso di cellule globulari a grandi nuclei sferici con qualche nucleolo senza alcuna traccia di stroma *Carcinoma.*

Da quanto risulta dal sopra esposto non cade dubbio sulla causa che produsse la morte ed io crederei che l'allacciatura della femorale profonda non vi avesse per nulla contribuito. Ma chi opera a 26 anni non può a meno d' aver contro se tutta la caterva de' retrogradi alla scienza con mille opposizioni ed ostacoli; dimando quindi il voto a questa onorevole ed illustre Società Medico-Chi-

rurgica onde venga sancito o riprovato il mio metodo operatorio e così ribattere i miei oppositori nel primo caso, o sopportarne le conseguenze nel secondo. Non voglio dissimulare quanto difficile riesca l' allacciatura della femorale profonda, ma con un poco di pazienza, di buon volere e di cognizioni anatomiche vi si riesce. E se giunsi a circondarla d' un laccio nel mio caso in cui l' individuo era molto grasso e muscoloso, in cui l' operazione cadeva a sinistra col massimo di profondità del vaso, in cui alfine la vena stava al davanti dell' arteria, io la credo sempre tentabile ed eseguibile.

Onorevoli Colleghi, io sottopongo al vostro giudizio un caso in cui fu eseguita un' operazione a mio credere affatto nuova, ma col massimo dolore vi presento una relazione necroscopica che ne chiuse la scena; sarà questo un processo operativo accettabile nella scienza? Attendo la vostra risposta e quando questa fosse affermativa, sarei ben lieto d' aver potuto recare sull' ara della scienza un' operazione, difficile e grave sì, ma pure utile ed eseguibile.

SULL' AMPUTAZIONE DELLA LINGUA. — Storia e considerazioni del socio corr. Prof. **AZZIO CASELLI**, Professore di Clinica Chirurgica e Primario nell' Ospedale di S. Maria Nuova in Reggio dell' Emilia (1).

Onorevoli Signori

« Le epoche della medicina sono distinte da varie ipotesi, mentre quelle della chirurgia si distinguono colle scoperte » disse *Samuele Cooper*. E *Curzio Sprengel* ci lasciò scritto che « la chirurgia fatto una volta un passo non mai divenne retrograda ». Non hassi quindi a meravigliare se sopra tali basi vediamo la chirurgia nel nostro secolo rifulgente di luce abbagliante, coadiuvata poi dal solido appoggio che le prestò il rapido sviluppo delle scienze affini. Mentre il *Galvani* ed il *Volta* toglievano dall' ignoto il potere di quel fluido che pari al pensiero umano superando ogni spazio riunisce i due mondi, la chirurgia pure ne trasse vantaggio e mezzo secolo appresso lo *Steinheil*, il *Crusell*, il *Sedillot*, il *Middeldorph* mediante la galvanocaustica introdussero nella nostra scienza un mezzo d' operare che da se solo basterebbe ad immortalare l' era nostra, formando il vero ideale del chirurgo col raggiungere il tanto sospirato *tuto*, *cito et jucunde*.

L' efficacia ed il merito di un metodo curativo spesse volte vien giudicato dall' insucesso nel volerlo generalizzare ed in allora, sia per l' incongruità del caso in cui

(1) Letta nella Seduta 30 Novembre 1873 della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

viene applicato, sia per l' imperfezione dei mezzi adoperati, vedonsi sorgere oppositori che molte fiate non hanno che a rimproverare a loro stessi le ommissioni fatte e le imperfezioni nell' eseguire. Questo avvenne della galvanocaustica e ben lo prova la monografia su tale argomento del Prof. *Bottini* da Novara, lavoro pregievolissimo per la saggezza di criteri chirurgici, e pel rapido incremento da lui dato a questo ramo di scienza in Italia.

Le demolizioni della lingùa sì totali che parziali, porsero ai chirurghi partigiani del galvano-cauterio un largo campo d' azione, ed i più felici successi coronarono li operatori fra i quali primeggiano fra noi il *Bottini* ed il *Mazzoni* tacendo di molti altri.

Aspettavo io pure addatta occasione onde porre in opera questo metodo operatorio, e già mi si era presentata quando le condizioni speciali del tumore nel mio operando me ne distolsero per le ragioni che andrò esponendo nel tracciare la storia del decenne giovinetto ch' io vi presento.

Nel Luglio 1872 entrava nelle mie sale del Nosocomio di S. Maria Nuova un ragazzetto di nove anni per nome Zaniboni Silverio di costituzione gracilissima, proveniente da sani e robusti genitori, i quali mi narravano che essendo un' anno prima caduto al suolo mentre correva con un gambo di canepa in bocca erasi infisso porzione di quest' asta nella parte media e destra del bordo libero della lingua. Poco o nulla si curarono i suoi parenti di medicarlo, nè tampoco di farlo visitare, quando alcuni mesi appresso s' accorsero che la loquela diveniva difficile e che porzione di lingua erasi ingrossata; fu in allora che ebbero a me ricorso e che lo sottoposero alle mie cure.

Ispezionando la località vedevasi un tumoretto grosso quanto un' avellana occupante la parte media e destra del bordo libero della lingua, interessante però tutto lo spessore di quest' organo, allargandosi verso la linea mediana. Era duro più del tessuto linguale, e sotto anche leggere pressioni mandava liquido sanguinolento fetidissimo; tutte le parti adiacenti erano sane. Diagnosticai un epitelioma, e ne consigliai la demolizione, ma la madre presentò tale contrarietà che mi fu d' uopo abbandonare quest' idea e licenziarlo dall' Ospedale.

Nulla più seppi di lui finchè nell' ultimo scorso Agosto venuta a morte sua madre per acuta malattia i suoi parenti mi pregarono a riprenderne la cura, abilitandomi a praticare quanto credevo pel suo meglio.

Esaminatolo di nuovo trovai, che il neoplasma aveva invasa tutta la parte destra della lingua ad eccezione però dell' apice, ma passando al di là della linea mediana l' occupava a semicerchio col massimo di raggio nella parte media e si estendeva sino alla base ove a stento limitavasi col dito. Tutta la parte destra del piano orale era pure affetta unitamente alla corrispondente glandula sotto-linguale. Nel punto ove sorse il tumore l' anno innanzi esisteva una larga ulcera gemente sangue ed icore, la loquela non era più intelligibile, la masticazione e la deglutizione difficili. Non eravi ripetizione di processo in verun' altra glandula vicina, la nutrizione meschinissima, pallore di cute e vivi segni di anemia.

Dopo pochi giorni il Zaniboni fu ricoverato nella mia sezione chirurgica uomini al N. 50, il che avvenne il primo dello scorso Settembre, ma un' altra complicanza ne minacciava l' esistenza. Per aver masticato sostanze irritanti erasi svolta una glossite acutissima, che oltre al togliere la possibilità dell' alimentazione per la cavità orale, impediva di molto la respirazione e lasciava protundere

dalle arcate dentarie più della metà della lingua arossatissima ed in molti punti cianotica.

Alcune sottrazioni sanguigne locali, applicazioni fredde, alimentando poi l' infermo per le narici, vinsero lo stato acuto ed in pochi giorni le parti ritornarono alle condizioni primitive.

M' era d' uopo intanto pensare a qual partito appigliarmi onde togliere quella neoproduzione appena fosse cessato di qualche giorno lo stato infiammatorio, ed invero la scelta d' un metodo operativo non era la più facile cosa.

La prima che mi balenò alla mente fu la galvanocaustica, ma a dir vero nel mio infermo in cui l'alterazione maggiore de' tessuti occupava il piano buccale, in cui dovendo conservare l' apice della lingua non restava libero il campo d' azione sulle parti profonde, come può ottenersi quando se ne asporta una metà, temetti di non riescire nel mio intento, od almeno di cadere in uno di quegli accennati casi in cui volendo che un metodo serva ad ogni uopo, si fa cadere in discredito. Perocchè niun ostacolo avrei trovato coll' ansa candente nel dividere trasversalmente l' apice sano dal tumore, poscia il corpo dell' organo parallelamente alla linea mediana, da ultimo la radice del sottostante osso joide. Ma procedendo poi alla demolizione dal piano orale e della glandula sottolinguale, non avrei potuto con sicurezza, servendomi d' un cauterio a porcellana, limitarne l' azione, tanto per evitare di distruggere i muscoli genioglossi ch' io con molto interesse cercavo di conservare per non avere la retroversione della lingua, favorita nel mio caso dal rimanere la porzione superstite in forma di fungo a testa anteriore, quanto per non distruggere il dutto wartoniano che sano ed integro vedevasi sovraposto al neoplasma.

Fra i metodi cruenti, i processi di *Louis, Boyer, Regnoli, Sedillot, Billroth, Mirault, Maingault, Mayor, Vidal de Cassis*, mi parve che non presentassero que' vantaggi da me desiderati e quali potevano offrire i processi dell' illustre mio maestro Prof. *Rizzoli*. Non sceglievo però quello da lui adoperato per la distruzione parziale della lingua, perchè non avrei potuto dominare come volevo il piano orale, ma davo la preferenza a quello da lui eseguito con sì brillanti successi per l' amputazione totale dell' organo, dividendo il mascellare inferiore.

Tutto disposto per l' operazione nell' undici Settembre, assistito dai Primari del Nosocomio, alla presenza de' giovani allievi e di molti medici della città, posi il piccolo infermo quasi seduto sul letto d' operazioni colle spalle appoggiate allo schienale di questo, e con un rapido colpo di bisturì divisi il labbro inferiore a tutto spessore un centimetro a destra della linea mediana, oltrepassando il margine inferiore mentoniero di circa un centimetro e mezzo, incisi tosto la gengiva fra il primo e secondo incisivo destro, poscia passai di basso in alto, rasentando l'osso, la branca acuta della tanaglia del *Rizzoli* e giunta che fu nella cavità orale, in un tratto divisi la mandibola ottenendone due nettissime e levigate soluzioni di continuo. Afferrai allora colle pinze di *Mouseaux* l'apice della lingua e l' affidai ad un' assistente, mentre io con un bisturì bottonato distaccai dal mascellare destro tutto quanto eravi di morboso conservando però il più che potei di aderenze de' genio-glossi alle apofisi genie. Mi trovai padrone del campo e divaricati i due mascellari potei a mio bell' agio dominare tutta la lingua sino all' osso joide. Passai in allora coll' ago del *Rizzoli* a ciò costrutto un cordone doppio sulla linea mediana, due centimetri al di dietro dell' apice della lingua, ne passai un altro alla base di quest' organo lasciando a sinistra quel

piccolo pezzettino di esso che restava sano e divisi i due cordoni doppi in quattro. Con una forbice feci poscia una profonda incisione al margine destro di fronte al punto dove avevo passato il primo ago e dentro quest' incastro introdussi i capi del cordone che strettamente annodai. Indi tentai di circoscrivere con un' altra incisione la parte posteriore del neoplasma, ma il pilastro corrispondente del velopendulo me lo impedì; incisi allora il pilastro, e potei scalfire la base in un punto sano ed ivi introdurvi e stringervi i capi del cordone posteriore; questo laccio seguiva fedelmente la fossettà glosso epiglottidea.

Restavami da ultimo da circoscrivere la parte media del tumore, il che mi riescì molto facile, annodando insieme all' insotto i due cordoni medii formando in tal modo un' ansa che strinsi al dorso linguale con due nodi. L' operazione fu compiuta in breve tempo e toltone un momento in cui minacciava l' asfissia per un po' di sangue coagulato sulla glottide, null' altro turbò l' atto operativo. Ripulita la cavità orale avvicinai i frammenti ossei e fissai gli incisivi con filo metallico, indi riunii il labbro con sutura attorcigliata, lasciando un piccolo drenaggio nell' angolo inferiore della ferita. Filaccie, compressa e fascie compirono la medicatura.

Una calma la più perfetta seguì all' operazione, ed un leggierissimo stillicidio di saliva sanguinolenta lordò nelle prime ore l' apparecchio.

Tranne di un accesso di febbre a 40° centigradi, nient' altro sopravenne ne' giorni appresso ed alimentando con sostanze liquide, tre giorni dopo l' operazione l' inferma essendo affatto apiretico strinsi con un serranodi di *Kceberle* i lacci tutti, ma sfortunatamente i medj si ruppero sotto la forza costrittrice. Scorsi ancora cinque giorni in cui la deglutizione facevasi discretamente, vedendo che il neoplasma non cangrenavasi, passai per una

delle aperture de' lacci la catena dell' *Ecraseur di Chassàignach*, ed in pochi istanti fu tolto il tumore senza perdita d' una stilla di sangue.

Il neoplasma asportato aveva le seguenti dimensioni: lunghezza centim. 7, larghezza ai due capi centim. 3, al centro 4 1|2, spessore 2 1|2, senza la glandula sotto-linguale che fu asportata da se.

La ferita esterna era intanto totalmente cicatrizzata ed i due frammenti del mascellare stavano in mutuo rapporto. La superficie cruenta intrabuccale si faceva lussureggiante di nuove granulazioni e tutto accennava ad un rapido processo riparativo; il che ebbe completamente luogo nello spazio di giorni trenta. La deglutizione intanto si fece normalissima, così pure avvenne della loquela; la porzione a forma di fungo a testa anteriore della superstite lingua si allargò e si modellò alla cavità della bocca, e la riproduzione da tutti i chirurghi accennata proveniente dal zoccolo linguale non fece attendersi.

Ora se Voi portate il vostro esame sul Zaniboni operato da 70 giorni, vedrete la sua bocca occupata dalla porzione di lingua lasciata in posto in forma di dardo, e da un'altra porzione rappresentante un mammellone carneo sorgente dalla base della lingua e tendente a portarsi all' innanzi. Troverete pure le due porzioni del mascellare inferiore perfettamente saldate, ed il labbro inferiore riunito da solida e poco deforme cicatrice.

E se farete pronunciare al ragazzo le parole racchiudenti le lettere S e Z, udrete come intelligibilmente le espone, facendovi dimenticare che a lui siano stati tolti tre grossi quarti dell' organo che presiede alla loquela.

Io vi presento il pezzo che asportai, unitamente alla glandula sotto-linguale, ed unisco pure l' esame microscopico di esso tumore che gentilmente mi favorì il Sig. Dott. *Trebbi*, Vice Direttore del nostro Manicomio.

Esame microscopico

Cellule epiteliali pavimentose a grandi nuclei, formanti la massima parte della superficie d' osservazione; quà e là in mezzo ad esse vari conglomeramenti di cellule a forma di tanti cilindri a strati concentrici, nel cui centro, più trasparente, si nota un accumulo di granuli. Epitelioma.

Onorevoli Colleghi

L' idea di novità non fu quella che mi spinse a presentarvi quest' operato, ma solamente il desiderio di porgervi una novella prova colla quale tendo dimostrare che la galvanocaustica per sublime ed eccelso mezzo operatorio qual' è, non può sopperire a tutti i casi pratici della chirurgia, senza volerla portare nel campo di que' mezzi che a tutte le bisogna debbono sopperire, il che ridonderebbe a non lieve svantaggio di un metodo che come già dissi, basterebbe da se solo ad immortalare il nostro secolo. Spero fra breve di potervi presentare qualche mio operato che faccia corona ai lavori del *Bottini* e del *Mazzoni* e così provarvi che se nel mio caso non ebbi ricorso all' ansa candente, non fu per mancanza di stima e fiducia di questo novello ramo di scienza, ma puramente per non ledere i limiti in cui essa deve mostrare il suo luminoso campo d' azione.

I DIVERSI METODI OPERATIVI DELL' ENTROPIO. — Per il Dottor FRANCESCO VACCÀ.

L' entropio è malattia, che attirò l' attenzione de' medici delle diverse epoche della scienza.

Del medesimo infatti trovasi descritto il metodo operativo nel — Liber de visu — di *Ippocrâte*, in cui leggesi « Immissum in acum foramen habentem filum in summa supernae palpebrae, margine deorsum versus, perpunctione facta, transmitte et aliud itidem sub hoc inferne trajice: extenta fila, cosnue et deliga; donec decidant: et siquidem satis habuerit bene est; si minus et quid defuerit rursus eadem facito ».

Celso prescrisse qual mezzo più efficace un' operazione cruenta.

Galeno, *Antonio Musa*, medico di Augusto, ed *Eraclito* di Taranto adottarono il metodo operativo d' *Ippocrate*.

Il processo di *Celso* è descritto trattando de re medica nei seguenti termini: « Eversa palpebra, subsectionem intrinsecus faciamus ultra pilos praeter naturam exortos, quo ipsi ad naturalis tendant. Aliquando vero in ipsos pilos praeter naturales si penitus insiti fuerint, subsectionem faciamus ut succedens cicatrix ipsos rursum enasci prohibeat.

« Nihil autem vetat duas subsectiones facere, unam ultra pilos praeter naturam exortos quo extremitatis palpebrae fit resecatio, alteram super ipsos praeternaturales pilos: sit autem profundior subsectio, adjuvat enim refractionem et palpebrae levitatem: et ab altero extremitatis sine margine palpebrae termino usque ad alterum procedet ».

Si vede che questo processo consiste nell' esportare una piega della pelle onde rivolgere il tarso con dei punti di sutura.

Paolo d' Egina all' operare di *Celso* aggiungeva l' applicazione di una polvere caustica, composta di una parte di calce viva, e di quattro di sapone.

Raze raccomandò la resezione del tarso e pare usasse una pinzetta per istrangolare e macerare la pelle delle palpebre. *Demours* sostituì un semplice filo di rame torto.

Heinstero distruggeva l' orlo palpebrale con potassa caustica scorsagli sopra.

Maitre-Jean dice che i chirurghi d' Alessandria per guarire l' entropio bruciassero la palpebra con un copella d' oro onde produrre una cicatrice ed ottenerne il naturale andamento della palpebra. Egli pertanto impiega dei rimedi oleosi addolcenti, e lo allontanamento dei peli.

Saint Yves prescrisse di esportare una piega della pelle delle palpebre. Gli stessi passi seguirono *Scarpa*, *Dionis* e *Janin*. *Monteggia* preconizzò il caustico. *Guerin* qualche anno prima propose di fendere perpendicolarmente la palpebra, producendo un coloboma artificiale.

Physick e *Bouchet* di Lione tentarono la detta medicatura, ma l' abbandonarono in causa di non riuscita.

Schreger in Allemagna raccomandava l'esportazione di quella porzione di cartilagine, ove impiantati sono i peli male diretti, dando alla ferita la forma di un triangolo, che abbia la base in basso, la punta in alto.

Beclard in Francia propose una semplice incisione verticale di qualche linea, che divida a tutta sostanza il margine libero della palpebra. I labbri della ferita, che ne risultano, si scostano, la cicatrice si fa senza che essi si riuniscano tra loro, la palpebra acquista per questo mag-

giore estensione e presenta l' aspetto di un labbro leporino.

In Inghilterra ed in Allemagna *Jaeger* e *Saunders* nei casi di gravissimo rovesciamento del tarso proposero di esportare il margine libero della palpebra, insieme con i peli dall' angolo esterno fino al punto lagrimale, lasciando però intatta la cartilagine.

Crampton ha due modi di operare. Nel primo fa due incisioni verticali lunghe circa tre linee, che dividono la palpebra ed il bordo libero di essa in vicinanza dei suoi angoli, procurando che l' incisione interna si accosti, ma non comprenda il punto, nè il dutto lagrimale. Il lembo che rimane fra le due incisioni rovescia in alto e incide alla base superficialmente, comprendendo soltanto la congiuntiva. Con questa incisione trasversale vengono riunite insieme le due verticali; questo lembo viene da *Crampton* rovesciato in fuori ed in alto, e tenuto in questa situazione dai cerotti, dalle fascie o dal sospensorio della palpebra. Questo metodo era riserbato per l'esteso entropio. — Il secondo modo differisce dal primo, perchè le due incisioni verticali non cadono vicine agli angoli della palpebra, ma circoscrivono solamente il tratto del tarso, ove sono impiantati i peli volti in dentro.

Gutrie modifica il metodo di *Crampton*, escludendo l' incisione orizzontale della congiuntiva, ed aggiungendo invece l' esportazione di una piega del tegumento fatta alla base del formato lembo. Cambia pure i mezzi d'unione anteponendo la sutura alle fascie.

Andrea Vaccà Berlinghieri nel 1825 pubblicava una memoria sulla cura dell' entropio. Il metodo operativo è descritto nel modo seguente. « L'ammalato posto a sedere sopra una sedia con la faccia voltata verso la luce, un assistente si ponga dietro di esso ed offra col suo petto uno stabile punto d' appoggio alla testa dell' operando,

come nell' operazione della cateratta. L' operatore collocato dirimpetto all' ammalato, a sedere o ritto, solleva la palpebra, si assicura del numero dei peli arrovesciati e dell' estensione che occupano nel tarso. Fatto questo, traccia con una penna intrisa nell' inchiostro una linea sul tegumento della palpebra, parallela al margine libero, un quarto di linea distante da essa, ed è questo segno esteso tanto in lunghezza da mostrare con precisione sulla superficie esterna della palpebra lo spazio che occupano i peli viziati nella superficie interna. Introduce allora la cucchiaia fra la palpebra ed il globo dell' occhio in modo che il bordo libero di essa si trovi situato nel solco che presenta la superficie convessa di detta cucchiaia. Procura di scostare questa dal globo dell' occhio per non irritarlo e per tendere meglio la stessa palpebra. A quest' epoca confida la cucchiaia all' aiuto, il quale con una mano terrà distesa e fissa la palpebra sulla cucchiaia per mezzo delle dita indice e medio, appoggiate vicino agli angoli palpebrali, in modo da lasciare libera e scoperta la parte sulla quale il chirurgo deve operare. Coll' altra mano passata sotto il mento dell' operando terrà per il manico la cucchiaia, procurando di tenerla ferma nella posizione in cui è stata posta dall' operatore. Il chirurgo fa indi con un coltellino due piccole incisioni verticali che principino una linea e mezza al disopra del bordo libero, e terminino precisamente in questo. Le due incisioni parallele rinchiudono quello spazio, che percorre la linea segnata coll' inchiostro, ed interessano il solo tegumento. Fatte le incisioni, ne pratica una terza trasversale, sotto alla linea segnata sulla palpebra e parallela ad essa, che riunisca le due incisioni verticali, e comprenda essa pure il solo tegumento. Ottenuto così un lembo, lo arrovescia, prendendolo ó con adatte pinzette o colle unghie, e lo disseca col coltellino dalle parti sottoposte. Ro-

vesciato il lembo, si presentano i bulbi dei peli. Il chirurgo deve allora pulire la ferita dal sangue, e provvisto di sottile pinzetta e di un coltellino deve esportare tutto ciò che trova fra il tegumento rovesciato e la faccia esterna del bordo libero del tarso. Ciò fatto, il chirurgo, riapplicato al suo posto naturale il lembo, che aveva sollevato, lo tiene in sito con taffettà inglese ».

Lo stesso autore volle rendere più facile l' operazione sopradescritta, preparando uno stuzzicadenti di legno, a cui aveva fasciata l' estremità con filo di cotone, ed una boccetta con acido nitrico. Cominciata l' operazione nel modo detto e sollevato il piccolo lembo, il *Vaccà* invece di tentare di prendere i bulbi colle pinzette e di estirparli, portava sopra essi l' estremità fasciata dello stuzzicadenti, che aveva tuffata nell' acido nitrico, percorreva la superficie ferita e così terminava l' operazione. Il cotone non doveva contenere tanto acido da lasciarlo colare sulle parti vicine.

L' autore predetto credeva che la cicatrizzazione consecutiva all' operazione portasse necessariamente lo scorciamento della superficie esterna della palpebra e lo addrizzamento del tarso.

Il *Riberi* di Torino ci lasciò un importante memoria sull' entropio occupandosi particolarmente dell' influenza dell' ipertrofia del muscolo orbicolare delle palpebre nel produrre la detta malattia.

L' inglese *Streathfield* eseguiva il così detto « evidement du cartilage tarse » e perciò fare, afferrata la palpebra fra le branche della pinza, sia di *Sneller*, sia di *Pope*, praticasi un'incisione parallelamente al margine libero, ed alla distanza di due millimetri da questo. Quest' incisione deve penetrare fino alla cartilagine tarsea. Altra incisione parallela alla prima, ma più lontana dal margine libero penetra direttamente fino al tarso, segue la

stessa direzione e confondesi colla prima alle due estremità. Ciò fatto, ravvicinansi i margini della ferita, senza per altro praticare la sutura e si fa la cura coll' applicazione dell' acqua fredda.

Altro notevole processo operativo dell'entropio è quello di *Pagenstecher*, nonchè i punti di sutura del *Gaillard.*

Per praticarlo si fa sedere l' ammalato, e tenuta fissa la testa del medesimo appoggiata al petto d' un assistente, l' operatore pratica una sezione della commessura esterna palpebrale in tutta la sua spessezza e nella direzione del legamento palpebrale esterno, in guisa che il taglio della congiuntiva sia esteso da quattro a sei millimetri e quello della pelle sia lungo da sei ad otto. Fatta indi una trazione moderata in alto ed in basso dei margini del taglio, la sezione orizzontale, trasformandosi in sezione verticale, rende facile la riunione del margine corrispondente della mucosa con quello della pelle, mercè due o tre punti di sutura che comprendono la mucosa ed il tegumento esterno, evitandosi la riadesione dei detti margini. Collocansi indi i punti di sutura giusta il metodo di *Gaillard* sulle palpebre rovesciate, curando di fare ciò in corrispondenza della viziosa posizione delle ciglia.

Il modo di praticare i detti punti è il seguente: Si solleva la pelle delle palpebre mercè una piega parallela al margine palpebrale, che comprenda un gran numero di fibre del muscolo orbicolare. Si immerge indi alla base di questa piega un' ago fornito di filo cerato, si penetra per il margine orbicolare e facendo scorrere l' ago sul tarso si sceglie il punto d'uscita all' esterno degli orifici delle ghiandole di Meibomio. Serrato con forza il filo, si lascia cadere spontaneamente; locchè avviene fra sei o dieci giorni. Ordinariamente bastano due o tre punti per raddrizzare il margine delle palpebre. Dalla combi-

nazione dei suddetti punti di sutura col descritto processo operativo si ha il seguente risultato:

1. L' allungamento di 2 a 4 millemetri della fessura palpebrale.

2. Il raddrizzamento del margine palpebrale e delle ciglia.

3. L' interposizione della congiuntiva fra gli estremi delle fibre incise del muscolo orbicolare e la cessazione della esagerata contrazione del medesimo.

Nelle forme non molto gravi dell' entropio i vantaggi del descritto processo operativo sono: la cessazione dell' attrito molesto che le palpebre esercitavano sul bulbo oculare, la scomparsa del soffregamento delle ciglia sulla cornea, nonchè la conservazione delle ciglia e la restaurazione della loro normale direzione. Tutti gli altri processi operativi, asportando sia il margine palpebrale, sia lembi di tegumento delle palpebre, oltrechè nuocono grandemente alla cosmesi, non tolgono quell'attrito tanto molesto del margine palpebrale, troppo spesso coperto di cicatrici sul bulbo dell' occhio.

Nelle forme più gravi di entropio, cioè in quelle in cui il tarso è impiccolito, accartocciato su se stesso, rigido in guisa che a pena si può colle mani raddrizzare il margine delle palpebre rovesciato in dentro, in queste forme pur troppo non rare, dico, che il detto metodo operativo efficace nelle forme meno gravi d' entropio è assolutamente inefficace, perocchè il tarso coperto di cicatrici è talmente rigido, che non si lascia distendere dai punti di sutura praticati sulla pelle.

Il Dott. *Felice Sperino*, Assistente nell'Ospedale oftalmico ed infantile di Torino, raccomanda contro l' entropio un suo metodo operativo che egli chiama *imbrigliatura*. La quale è descritta nel modo seguente, supponendo di avere un entropio della palpebra destra inferiore:

Preso un filo munito di due aghi, meglio in questo caso se curvi, s' impianta il primo sulla cute palpebrale verso l' unione del quinto interno con i quattro quinti esterni della rima delle palpebre, ad una distanza dal bordo libero di 8 o 9 millimetri. Si fa attraversare dall' ago la palpebra in tutto il suo spessore e lo si impianta nuovamente dalla superficie interna in un punto situato nello stesso piano verticale e distante due millimetri all' incirca dal bordo libero della palpebra e lo si trae all' esterno.

Si ripete la medesima manovra coll' altro ago, cioè lo si impianta sulla faccia cutanea della palpebra ad una distanza di 8 o 9 millimetri dal bordo cigliare in un punto corrispondente all' unione dei quattro quinti interni col quinto esterno di una linea che misuri la lunghezza dell' apertura palpebrale; gli si fa attraversare la palpebra, lo si rimpianta sulla faccia congiuntivale della palpebra più in alto, nella stessa linea verticale, alla distanza di 2 o 3 millimetri dal bordo cigliare, e lo si trae all' esterno. In questo caso quella linea parallela al bordo cigliare della palpebra, formata dal filo, si trova ad una distanza da questo di 8 o 9 millimetri.

Se l' entropio non è molto grave può bastare di legare insieme i due capi di filo. Se l' entropio è grave fissa il filo alla fronte od alla faccia, secondo che l' entropio affligge la palpebra superiore o la inferiore; il filo deve essere fissato sulla fronte nell' entropio della palpebra superiore e sulla guancia in quello dell' inferiore. Si applica quindi il bendaggio. Questo metodo, crede l' autore, efficace anche nel caso in cui il tarso è deformato ed ha perduto la sua naturale curvatura.

Arrivato a questo punto conviene ricordare le diverse forme d' entropio, onde conoscere quale metodo operativo si convenga nei singoli casi del medesimo. Le for-

me d' entropio degne di nota rispetto alla pratica sono:
1. L' entropio spasmodico, il quale può essere sintomatico d' altra affezione oculare, nella quale siavi intensa iperestesia cigliare, ed idiopatico, dipendente da irritazione nervosa, fattasi indipendente da quella che la produsse.
2. L' entropio organico, in cui voglio comprendere quello che gli autori dicono traumatico.

Le cause onde dipende l' entropio organico sono: il tracoma cronico, l' ustione della superficie interna palpebrale con calce viva, con acidi concentrati, od altri caustici energici o con liquidi bollenti, o collo stesso fuoco, e finalmente l' ipertrofia del muscolo orbicolare.

In tutti questi casi riscontrasi, che il margine palpebrale e le ciglia sono rivolte contro il bulbo oculare, che la congiuntiva tarsea e la stessa cartilagine tarso sono piegate su se stesse coperte di cicatrici, indurite, poco o nulla estensibili e talvolta atrofizzate. In tali casi non che in quello proveniente da cronico tracoma, l' angolo palpebrale esterno, sede primitiva, e frequente del tracoma detto, è ordinariamente scorciato.

Alcuni autori di Oculistica, come p. e. *Ammon*, ammettono anche l' entropio congenito. Io riscontrai due anni sono in un fanciullo un caso di questa specie, nel quale l' entropio aveva sede in tutte e quattro le palpebre.

I gradi che soglionsi ammettere dell' entropio sono quattro: Nel primo non è volto in dentro che il solo labbro interno del margine cigliare; nel secondo sono rivolti indentro tutti e due i labbri del detto margine; nel terzo le ciglia ed il loro margine palpebrale sono piegate in direzione opposta alla normale; nel quarto finalmente il tarso ed il suo margine libero hanno sofferto una seconda ripiegatura, in guisa che riacquistarono la loro direzione naturale.

La cura che io adottai contro l' entropio spasmodico fu il metodo operativo di *Pagenstecher*, cioè la spaccatura già descritta dell' angolo palpebrale esterno. Il modo da me tenuto vedrassi nelle istorie che si leggono in fine.

A correggere poi l' entropio organico di primo e secondo grado praticai il metodo operativo di *Pagenstecher* ed i punti di sutura di *Gaillard*.

Per curare poi l' entropio organico di terzo e quarto grado servendomi dei punti di *Gaillard*, volli ad essi unire la *tarsotomia*, la quale consiste nel tagliare la palpebra parallelamente al di lei margine libero, ed a sei millimetri da questo. A questo scopo si infossa il coltello dall' interno all' esterno, cominciando l' incisione vicino al punto lagrimale e finendola a qualche distanza della commessura esterna. Operando in tal modo non solo si distendono completamente la congiuntiva palpebrale ed il tarso, riacquistando anche le ciglia la loro normale direzione, ma pure si conservano in tale positura mercè i punti di *Gaillard*. Applicai in seguito la fasciatura circolare e compressiva, sovraponendo prima sulle palpebre operate molli fila e compresse.

L' esito di questo metodo operativo contro l' entropio organico di terzo e quarto grado si vedrà nelle storie qui appresso.

Il combinare i punti di sutura di *Gaillard* colla *tarsotomia longitudinale* nella cura dell' entropio organico di terzo e quarto grado, ritengo sia nello stato attuale della scienza il migliore metodo operativo, il quale finora non fu da alcun pratico nè proposto, nè eseguito.

Le storie sono le seguenti:

Storia I.

Anamnesi. — Sanna Giovanna, da Sassari, in età di anni 60, dietro soppressione della traspirazione cutanea andò da dieci anni fa soggetta a risipola alla guancia sinistra, che ricorreva periodicamente. Nello stesso tempo infiamavasi l' occhio sinistro con lagrimazione, fotofobia e secreto catarrale. Un mese dopo gli stessi fenomeni comparvero all' occhio destro. Per molti anni la malattia fu lasciata senza cura di sorta. Nell' Ottobre del 1870 riscontrai in ambi gli occhi i seguenti fenomeni.

Sintomi obbiettivi. — Stillicidio di lagrime, secreto catarrale che agglutinava le ciglia, fimosi palpebrale, entropio di 3° grado, arrossamento ed ipertrofia della congiuntiva tarsea e reflessa, ulcera centrale infiltrata delle cornee, che nascondeva quasi la metà del campo pupillare.

Sintomi subbiettivi. — Essi erano, fotofobia considerevole, nevralgia cigliare, intorbidamento considerevole della vista.

Cura. — Questa consisteva nell' operazione del blefarofimosi e dell' entropio col metodo di *Pagenstecher* non che nei punti di sutura di *Gaillard* e tarsotomia, e nella fasciatura compressiva, tenuta in sito per sette giorni.

Tolta la fasciatura, spennellai la tintura d' iodio sulle palpebre onde procurare l' assorbimento degli essudati sottocutanei. Le dette spennellature ripetute ogni tre o quattro giorni produssero l' effetto desiderato.

A togliere l' ipertrofia della congiuntiva tarsea e reflessa, ogni due giorni praticai sulla medesima delle cauterizzazioni col nitrato d' argento, neutralizzandone l' eccesso colla soluzione di cloruro di sodio. Questa cura continuata per un mese fece scomparire l' ipertrofia suddetta, non che l' iniezione della congiuntiva oculo-palpebrale.

Ciò fatto sparsi il calomelano di *Riverio*, instillando allo stesso tempo qualche goccia di laudano liquido nel sacco della congiuntiva, onde favorire l' assorbimento degli infiltramenti corneali.

Esito. — Per la cura detta fu ripristinata la normalità della commessura palpebrale, non che della direzione del margine cigliare, cessando la cronica congiuntivite. La cornea, riparate le ulceri, riacquistò la sua trasparenza. La vista era normale.

Storia II.

Anamnesi. — Angius Giuseppa, da Sassari, in età di 45 anni, otto anni fa espostasi all' ambiente esterno freddo, ebbe infiammazione all' occhio destro con fotofobia, lagrimazione, iniezione considerevole della congiuntiva oculo-palpebrale, nevralgia cigliare ed offuscamento considerevole della vista. Dopo due mesi gli stessi fenomeni comparvero nell' occhio sinistro.

I detti sintomi fattisi più intensi determinarono l' ammalata a sottoporsi alla cura. Se non che fu chiamato un sedicente medico, il quale inconsideratamente adoperando il nitrato d' argento con cui toccava la congiuntiva palpebrale d' ambi gli occhi, senza averne neutralizzato l' eccesso, cagionò l' esacerbazione dei fenomeni morbosi suddetti. Un medico chiamato in quell' epoca prescrisse le sanguisughe all' osso mastoideo, non tralasciando l'uso dei mezzi sedativi.

Cessato lo stato infiamatorio fu dal medesimo operato l' entropio, onde era affetta l' ammalata.

Sintomi obbiettivi. — Nell'ottobre del 1870 riscontrai nell' occhio destro entropio di 3° grado della palpebra superiore, le cui ciglia irritavano la cornea e la congiun-

tiva oculare, leucoma della metà inferiore della cornea, prolungamento di vasi sul medesimo; infiltramento della metà superiore della detta membrana e panno vascolare.

Nell' occhio sinistro eranvi i seguenti sintomi; entropio di 3° grado della palpebra superiore, stafiloma opaco della cornea con procidenza d'iride nel lato interno, simblefaro, prolungamento di vasi della congiuntiva oculare sulla procidenza dell'iride; ed in ambi gli occhi era quasi abolita la camera anteriore.

Sintomi subbiettivi. — Questi erano: la fotofobia, la nevralgia sopraorbitaria, l' abolizione della vista nell' occhio sinistro, e la considerevole diminuzione della medesima nell' occhio destro.

Cura. — Sedati i dolori mercè le pillole di chinino coll' estrato d' oppio acquoso, operai l' entropio d' ambe le palpebre superiori a scopo di conservare all' ammalata quel grado di vista che ancora aveva nell' occhio destro, ed a togliere d' ambi gli occhi l' irritazione cagionata dalle ciglia e dal margine cigliare. Il metodo operativo fu quello di *Pagenstecher* coi punti di sutura di *Gaillard* e la tarsotomia. La fasciatura compressiva applicata dopo eseguita l' operazione fu tenuta a sito per una settimana. Tolta la detta fasciatura, per sei giorni mi limitai ad instillare nel sacco congiuntivale il collirio d' atropina: spennellai indi sulle palpeare la tintura d' iodio onde favorire l' assorbimento degl' infiltramenti sottocutanei.

Esito. — Questo fu il raddrizzamento del margine cigliare delle palpebre superiori e delle rispettive ciglia, la cessazione della irritazione prodotta dalle ciglia sulla cornea, la quale dopo trascorsi due mesi non presentava la vascolarizzazione suddetta. Cessarono in pari tempo, la lagrimazione, la fotofobia in ambi gli occhi. La metà superiore della cornea destra fu libera dagl' infiltramenti, e la vista migliorò così che permette all' ammalata di camminare e di eseguire qualche lavoro.

Storia III.

Anamnesi. — Maria Grazia Branca, nativa di Sassari, d' anni 30, era da oltre sette anni affetta da infiamazione d' ambo gli occhi con fotofobia, lagrimazione ed intorbidamento della vista.

Nell' esordire dell' infiamazione furono per qualche tempo praticate le cauterizzazioni della congiuntiva palpebrale d' ambo gli occhi col nitrato d' argento.

Sintomi obbiettivi. — Nel Giugno del 1871 presentava agl' occhi i seguenti fenomeni: lagrimazione, fotofobia, secreto catarrale, infiltramento sottocutaneo d' ambe le palpebre, blefarospasmo, iniezione della congiuntiva palpebrale, blefarofimosi, entropio di terzo grado, suffusione della cornea.

Sintomi subbiettivi. — Fotofobia, nevalgie cigliari, offuscamento di vista.

Cura. — Praticai il processo operativo di *Pagenstecher*, i punti di sutura di *Gaillard* e la tarsotomia onde ridonare all' angolo palpebrale esterno la normale estensione, ed al margine cigliare la direzione fisiologica. Lochè ottenni perfettamente.

Storia IV.

Anamnesi. — Idini Antonio, di Sassari, d' anni 45, da lungo tempo soffriva di cronica infiammazione ad ambo gli occhi.

Sintomi obbiettivi. — Nel Febbraio del 1872 riscontrai in ambo gli occhi: spasmo delle palpebre, lagrimazione, eritema ed infiltramento dei tegumenti palpebrali e di quelli delle guancie, blefarofimosi, entropio di 3° grado, deviazione in dentro dei punti lagrimali, blefarite cigliare,

iniezione della congiuntiva palpebrale, ipertrofia della congiuntiva tarsea e reflessa; la cornea era normale nell'occhio destro, era però esulcerata alla parte esterna la cornea dell' occhio sinistro.

Sintomi subbiettivi. — Fotofobia intensa, nevralgia cigliare, offuscamento di vista.

Cura. — A togliere le nevralgie cigliari amministrai il chinino coll' estratto d' oppio ed instillai il collirio d' atropina.

Cessati i dolori, operai l'entropio ed il blefarofimosi col metodo di *Pagenstecher*, coi punti di *Gaillard* e tarsotomia ed applicai la fasciatura compressiva.

Tolta questa dopo sette giorni, trovai normale la rima palpebrale e la direzione del margine cigliare.

Tolsi l'ipertrofia della congiuntiva palpebrale e reflessa colle scarificazioni e cauterizzazioni, ripetute alternativamente ogni tre o quattro giorni. Sulla faccia anteriore delle palpebre e sulla guancia, a scopo di promuovere l' assorbimento degli infiltramenti sottocutanei, spennellai la tintura d' iodio. Sul margine delle palpebre fu frizionata la pomata al precipitato bianco onde far scomparire gli esudati prodotti dalla blefarite cigliare e cronica, ed anche per far cessare la stessa blefarite cigliare. Sulla cornea dell'occhio sinistro sparsi il calomelano di *Riverio* ed instillai nel sacco della congiuntiva il laudano liquido.

Sì le spennellature che la frizione della pomata al precipitato bianco sul margine cigliare furono ripetute per tre mesi circa. Le cauterizzazioni e scarificazioni della congiuntiva palpebrale e reflessa, e lo spargimento del calomelano sulla cornea dell' occhio sinistro coll' istillazione del laudano furono ripetute per sei mesi.

Esito. — Furono ripristinate la estensione normale della rima delle palpebre e la direzione normale del margine libero palpebrale. Scomparvero definitivamente l'eri-

tema delle palpebre e delle guancie, la blefarite cigliare e l' ipertrofia della congiuntiva palpebrale. L'ulcera della cornea sinistra riparossi perfettamente.

Cessarono affatto il blefarospasmo, la lagrimazione e la fotofobia. La vista è perfetta in ambo gli occhi.

Storia V.

Anamnesi. — Anna Maria Pasquario, d' anni 14, nativa di Sassari, di costituzione scrofolosa, fu dall' infanzia affetta da tracoma, e per molto tempo curata.

Sintomi obbiettivi. — Nell' Aprile del 1872, riscontrai in essa cute pallida accennante all' anemia, ingrossamento strumoso delle ghiandole cervicali e parotidee, ed in ambo gli occhi edema delle palpebre superiori, lagrimazione, blefarofimosi, entropio di terzo grado, tracoma cronico alle palpebre superiori, atrofia della congiuntiva tarsea d' ambe le palpebre, atrofia dei tarsi, panno corneale vascolare e scrofoloso.

Sintomi subbiettivi. — Essi erano la fotofobia, la lagrimazione e la diminuzione considerevole della vista.

Cura. — Sedai l' iperestesia cigliare col chinino unito all' oppio e coll' instillazione del collirio d' atropina. Il blefarofimosi e l' entropio curai col processo operativo di *Pagenstecher*, coi punti di *Gaillard* e la tarsotomia, applicando indi la fasciatura compressiva. Dopo sette giorni, tolta la fasciatura, spennellai la tintura d' iodio sulle palpebre onde far scomparire gl' infiltramenti sottocutanei. Per oltre un mese toccai giornalmente colla pietra di rame la congiuntiva delle palpebre superiori affette da tracoma cronico.

Ciò fatto, amministrai internamente per circa trenta giorni le acque di Recoaro, ed indi la soluzione d' ioduro

di potassa, a scopo di migliorare la costituzione. Sulle ghiandole parotidee e cervicali ingrossate, spennellai la tintura d' iodio.

Esito. — Dalla cura accennata ottenni il miglioramento dello stato costituzionale, la riduzione del volume delle ghiandole cervicali e parotidee, la ristaurazione della estensione normale della rima palpebrale e della normale direzione del margine cigliare delle palpebre. Cessarono quindi la fotofobia, la lagrimazione e scomparve il panno corneale. Se non che nella palpebra superiore sinistra due ciglia uscendo dal margine cigliare avvicinavano il labro interno del medesimo. Io proposi all' ammalata l' operazione di questa parziale trichiasi. Ella però non sentendo molestie di sorta volle prorogare l' atto operativo.

La vista dell' ammalata è buona.

Storia VI.

Anamnesi. — Spano Gavino, di Sassari, d' anni 40, di forte costituzione, da anni molti soffriva di cronica congiuntivite ad ambi gli occhi, alla quale sopraggiunse la cheratite vascolare.

Sintomi obbiettivi. — Nel 1872 riscontrai in ambi gli occhi i seguenti sintomi: blefarospasmo, edema delle palpebre, blefarofimosi, iniezione della congiuntiva oculo-palpebrale, ipertrofia della congiuntiva tarsea e reflessa, prolungamento di vasi dal lembo della congiuntiva sulla cornea, infiltramenti decomposti di questa membrana.

Sintomi subbiettivi. — Sono iperestesia cigliare, epifora, intorbidamento di vista.

Cura. — Tolsi lo stato infiammatorio acuto colle scarificazioni della congiuntiva tarsea e coll' instillazione del collirio d' atropina.

Ciò fatto operai il blefarofimosi e lo spasmo delle palpebre colla operazione di *Pagenstecher*. Praticai indi la fasciatura compressiva che tenni in sito per sette giorni. Tolta la fasciatura, instillai per una settimana il collirio d' atropina.

Rimossi l' ipertrofia congiuntivale col ripetere ogni due giorni le scarificazioni dei tessuti ipertrofici, e col cauterizzarli col nitrato d' argento. Questo trattamento ripetei per due mesi. A far scomparire il panno corneale sparsi il calomelano di *Riverio* ed instillai contemporaneamente il laudano liquido. Lo che ripetei per circa sei mesi.

Esito. — Ottenni per la cura fatta la normale apertura della rima palpebrale, la scomparsa dell' ipertrofia congiuntivale e del panno corneale, la cessazione della fotofobia, della lagrimazione, ed il miglioramento considerevole della vista, la quale permette all' ammalato di accudire ai lavori d' agricoltore.

Storia VII.

Anamnesi. — Maria Figoni, da Osilo, d' anni 22, dal Maggio 1872 soffrì di cheratoirite ad ambi gli occhi e di congiuntivite palpebrale. La malattia fu lasciata senza cura fino al mese di Settembre del detto anno.

Sintomi obbiettivi. — Occhio sinistro. Riscontrai in esso edema delle palpebre, blefarofimosi, lagrimazione, secreto catarrale, iniezione della congiuntiva oculo-palpebrale, prolungamento di vasi sulla cornea, che distendendosi in diversi sensi la rendevano opaca maggiormente sulle parti centrali. Non era fattibile l'esame della pupilla.

Occhio destro. Edema palpebrale, blefarofimosi, secreto catarrale, lagrimazione, iniezione della congiuntiva oculo-

palpebrale ed iniezione pericorneale vivissima, ulcera corneale infiltrata interstiziale, occupante il quarto esterno superiore della cornea, prolungamento di vasi dal lembo della congiuntiva sui margini dell' ulcera, intorbidamento dell' umore acqueo.

Sintomi subbiettivi. — Erano: dolori cigliari periodici, fotofobia, vista quasi abolita.

Cura. — A sedare i dolori cigliari amministrai il chinino coll' estratto d' oppio ed instillai il collirio d' atropina. A favorire la riparazione dell' ulcera corneale praticai la fasciatura compressiva, la quale rinnovata mattina e sera, tenni a posto fino alla totale riparazione dell' ulcera; locchè avvenne in una settimana.

Il blefarofimosi venne curato col processo operativo di *Pagenstecher* e colla fasciatura compressiva, lasciata in sito per sette giorni. Instillai il collirio d' atropina per cinque giorni. A favorire l' assorbimento degl' infiltramenti palpebrali spennellai la tintura d' iodio ogni due giorni sul tegumento delle palpebre. Ciò ripetei per un mese. Feci scomparire l' ipertrofia del corpo papillare della congiuntiva palpebrale colle scarificazioni e colle cauterizzazioni colla pietra di rame ripetute per quaranta giorni.

Esito. — La cura suddetta ebbe il seguente esito: la cessazione del processo infiammatorio sì della congiuntiva palpebrale, che della cornea dell' occhio destro; la reintegrazione della normalità della rima palpebrale, la scomparsa del blefarospasmo, la riparazione dell' ulcera corneale, la quale lasciò però una leggiera macchia lineare biancastra, la pupilla sinistra era totalmente aderente alla capsula del cristallo ed occupata da una membranella costituente l' atresia pupillare. La pupilla destra era aderente alla capsula del corpo cristallino soltanto verso la parte interna della zona prima occupata dall' ulcera, era però libera negli altri punti. Il campo pupillare era netto.

A favorire la scomparsa degli opacamenti corneali, sparsi il calomelano di *Riveric*, ed instillai il laudano liquido. Ciò ripetei per due mesi. A lacerare le sinecchie posteriori instillai il collirio d' atropina e spalmai sulla fronte l' unguento cinereo, amministrando allo stesso tempo mattina e sera una polvere composta d' un grammo di calomelano di *Riverio* e di 25 centigrammi di radice di gialappa polverizzata. Ciò ripetei fino alla comparsa dei fenomeni della stomatite idrargirosa, i quali debbellai col collutorio di idroclorato di potassa. Le dette polveri amministrate ripetutamente mattina e sera fino alla riproduzione della stomatite, fecero lacerare in gran parte le sinecchie posteriori dell' occhio sinistro, del quale soltanto alcune sinecchie inferiori ed esterne superiori, come anche una sinecchia interna superiore dell' occhio sinistro, resistettero alla cura antiplastica suddetta, la quale fu ripetuta per oltre un mese.

Il centro della cornea sinistra restò opaco. La cornea destra è trasparente se si eccettua una macchietta biancastra lineare sita al lato esterno superiore. La vista dell' occhio destro è tale che permette all' ammalata di cucire. Quella del sinistro è però diffettosa, avvegnacchè con essa l' ammalata distingua a distanza di alcuni passi oggetti più o meno grandi.

Storia VIII.

Anamnesi. — Michele Lai Cadello, di Sassari, d'anni 32, ha buona costituzione, da oltre quindici anni perdette l' occhio sinistro, che svuotavasi dietro perforazione del medesimo, prodotta da spina, che, cadendo boccone il Lai Cadello, infiggevasi nell'occhio. Era del resto sano fino al Febbraio del 1869, quando all' occhio destro soffrì intor-

bidamento di vista, con molesto senso di aridità della congiuntiva, che poteva mitigare mercè le lavande fredde. Fattisi intensi i detti sintomi, comparvero intensi dolori al globo dell' occhio ed alla fronte, iniezione della congiuntiva oculo-palpebrale, edema delle palpebre, secreto catarrale e la febbre, che toglieva il sonno all' ammalato.

L' esame del medesimo constatò nel centro della cornea un' onice, che apertosi all' esterno dopo due giorni, lasciò un ulcera centrale della cornea. I dolori insistenti furono mitigati colle applicazioni caldo-umide, e l' intorbidamento della vista diminuì colle scarificazioni praticate sulla congiuntiva delle palpebre. Se non che dopo due mesi la vista divenne più torbida di prima, diminuendo considerevolmente gli altri sintomi. Passati due mesi dacchè la vista fu quasi abolita, questa ridivenne buona, e tale si mantenne per nn anno, perdurando un grado leggiero del catarro congiuntivale. A questo stato di miglioramento successero l' intorbidamento della vista e la diplopia che perdurarono fino al Maggio del 1872, quando sopraggiunti i suddetti sintomi acuti, abolirono la vista. Questo stato durò fino al Settembre, epoca in cui l' ammalato venne al mio ambulatorio.

Sintomi obbiettivi. — I sintomi che allora riscontrai erano: — Occhio destro — infiltramento delle palpebre (blefarofimosi), secreto catarrale, tumenza, arrossamento e croste al margine libero delle palpebre, ipertrofia considerevole della congiuntiva tarsea e reflessa, iniezione della congiuntiva oculo-palpebrale; panno carnoso della cornea, iniezione pericorneale: il colore grigio della cornea, opacamento perfetto della medesima, l' impossibilità di osservare la camera anteriore, l' abolizione della vista.

Cura. — Ripristinai la normale apertura delle palpebre col processo operativo di *Pagenstecher* ed applicai la fasciatura, che tolsi dopo sette giorni. A favorire la

scomparsa del panno corneale, praticai la *tonsura congiuntivale*, giusta il metodo di *Furnari*. All' atto operativo non sussegul alcun sintomo irritativo. Rimossi l' ipertrofia della congiuntiva palpebrale colle cauterizzazioni fatte col nitrato d' argento, ed alternate colle scarificazioni ogni quattro giorni: neutralizzai l' eccesso del nitrato d' argento colla soluzione di cloruro di sodio. Ripetendo questa cura per due mesi, ottenni la totale scomparsa del tessuto patologico della congiuntiva delle palpebre.

Scomparsi i vasi che dal lembo della congiuntiva si distendevano sulla cornea, applicai su questa quando la pomata al precipitato giallo, quando sparsi il calomelano di *Riverio* instillando qualche goccia di laudano liquido nel sacco della congiuntiva. Ciò ripetei per quattro mesi, onde favorire l' assorbimento degli essudati che resero opaca la cornea. Sulle palpebre spennellai la tintura di iodio: lo che ripetei ogni tre giorni per un mese, onde sciogliere e far assorbire gl' infiltramenti sottocutanei delle palpebre. Ad arrestare la *blefarite* cigliare, spalmai sul margine delle palpebre la pomata al precipitato bianco; lo che ripetuto ogni mattina per venti giorni debellò il processo flogistico delle ghiandole cigliari.

Esito. — La cura suddetta ottenne la normale estensione della rima palpebrale, la cessazione dei fenomeni della blefarite cigliare, la scomparsa dell' ipertrofia congiuntivale e del panno carnoso della cornea; la trasparenza della medesima nelle parti periferica e media, conservandosi una leggiera sfumatura del centro della detta membrana, dove vi ha una leggera depressione della superficie corneale, essendo ivi stata la sede dell' ulcera suddetta. Instillando il collirio d' atropina, la pupilla è irregolare, poco dilatata, perchè alcune sinecchie posteriori la tengono aderente alla capsula della lente cristallina. A distaccare le dette sinecchie instillai il collirio di

atropina ed amministrai le polveri di calomelano e di gialappa sfrizionando sulla fronte l' unguento cinereo. Comparsi i fenomeni della *stomatite idrargirosa* prescrissi il collutorio d' idroclorato di potassa. Questa cura, ripetuta diverse volte, produsse il distacco di alcune sinecchie, ma non di tutte. La faccia posteriore dell' iride in alcune zone è aderente in tutta la sua estensione alla capsula anteriore del cristallo. Il campo pupillare è netto, se è osservato ad occhio nudo: osservato però coll' illuminazione laterale, vedonsi alcuni avanzi di sinecchie lacerate.

La vista è relativamente buona, perchè conta le dita della mano a distanza di alcuni passi.

Storia IX.

Anamnesi. — Serra Giovanna, da Sassari, d'anni 15, non è ancora menstruata, già da cinque anni soffre di *congiuntivite palpebrale* in ambi gli occhi. Da due anni sono si sottopose a cura, ma diminuite le molestie, la interruppe.

Già da un' anno la malattia riprese la sua intensità. Il 15 Marzo di quest' anno venne da me per sottoporsi al trattamento curativo.

Sintomi obbiettivi. — I sintomi riscontrati in ambi gli occhi erano: fotofobia, blefarospasmo, ptosi delle palpebre superiori, maggiore quello della palpebra destra; entropio spasmodico; insufficienza del muscolo elevatore della palpebra superiore, lagrimazione, iperemia della congiuntiva oculo-palpebrale, ipertrofia del corpo papillare e della congiuntiva tarsea, iniezione pericorneale dell' occhio destro, prolungamento di vasi e suffusione del segmento superiore della cornea dell' occhio detto: pustole

sul perimetro della cornea: alcune piccole depressioni epitelliali della superficie corneale, accennanti a pustole apparse già da tempo.

Sintomi subbiettivi. — Senso di calore aumentato, intorbidamento di vista nell' occhio destro.

Cura. — A mitigare il calore aumentato degli occhi e delle palpebre, a sciogliere l' iperemia della congiuntiva oculo-palpebrale, scarificai mattina e sera per due settimane la congiuntiva delle palpebre, instillando nel sacco della congiuntiva dell' occhio destro il collirio d' atropina. A diminuire la lagrimazione spennellai sulla fronte e sulle palpebre il nitrato d' argento. A far scomparire la suffusione corneale, sparsi sulla cornea il calomelano instillando il laudano liquido nel sacco della congiuntiva. Le scarificazioni della congiuntiva ripetute per quaranta giorni sciolsero l' iperemia della congiuntiva oculare e fecero diminuire quella delle palpebre. Cessò la lagrimazione.

A correggere il blefarospasmo e l' entropio, praticai il processo operativo di *Pagenstecher* ed applicai la fasciatura compressiva. Tolta la fasciatura dopo otto giorni, trovai la mancanza dell' entropio spasmodico e dell' attrito molesto del margine palpebrale sul globo oculare. La cornea destra perdè la suddetta suffusione; la vista è buona.

—o—

TERMOMETRIA APPLICATA ALLA DIAGNOSI DELLA VITA O DELLA MORTE DEL FETO ENTRO L' UTERO. — Osservazioni praticate nella Maternità di Bologna dalla alunna Levatrice DINA VIANI.

Il Dott. *Cohnstein* partendo dal fatto che il feto ha una temperatura più elevata della madre, crede che quando è vivo comunichi all' utero una parte del suo calore, e inversamente proceda la cosa quando sia morto e cioè che allora sia l' utero che ceda calore al feto. Se adunque la temperatura dell' utero è soltanto eguale od anche inferiore a quella del resto del corpo (ascella, vagina particolarmente) sarà un segno certo di morte del feto. Per eseguire però le nominate osservazioni bisognerebbe, secondo l' autore, introdurre un termometro ricurvo fin sopra l' orifizio interno dell' utero (1).

Avuto incarico dall' onor. mio maestro Prof. *Cesare Belluzzi*, Medico Primario della Maternità di Bologna, di studiare attentamente se la termometria del Dottor *Cohnstein* sia un mezzo sicuro di diagnosi dello stato di vita o di morte del feto, feci le seguenti osservazioni, poggiando per lo più solamente il termometro contro l' orifizio uterino esterno perchè riuscisse innocuo.

——

(1) Vedi Rivista di Med., Chir. e di Terap. diretta dal dott. *Soresina*. Milano 1873, Fasc. di Settembre p. 302.

Temperatura presa all' ascella ed all' utero in donne incinte; numero delle pulsazioni radiali e del battito cardiaco fetale

Numero progressivo	Epoca delle osservazioni	Numero generale della donna	Calore del corpo		Pulsazioni radiali	Doppio battito fetale
			all' ascella	all' utero		
1	8 Ottobre	76	38 3/5	39	98	144
2	10 »	»	37 1/5	39	96	138
3	10 »	64	37 2/5	38 4/5	92	138
4	10 »	62	37 2/5	38 3/5	84	128
5	15 Novem.	88	36 3/5	38 2/5	72	124
6	15 »	80	37 2/5	38 2/5	76	126
7	15 »	74	36	38 4/5	88	132
8	4 Dicembre	76	36 3/5	39	108	152

ANNOTAZIONI

N. 1. Donna gravida nel settimo mese: ha calore al di sopra del normale; gode però buona salute.

N. 2. La stessa donna.

N. 3. Gravida a termine, pochi giorni prima del parto.

N. 4. Donna gravida a termine.

N. 5, 6, 7. Presso il parto; il termometro fu insinuato fin entro l'orifizio interno dell' utero.

N. 8. La donna del 1° e 2° Numero.

Temperatura presa all' ascella ed all' utero in donne non gravide

Numero progressivo	Epoca delle osservazioni	Numero generale della donna	Calore del corpo		Pulsazioni radiali
			all' ascella	all' utero	
1	18 Ottobre	—	36 4/5	38 2/5	80
2	»	68	36 4/5	38 4/5	76
3	»	15	36 3/5	38 3/5	88

ANNOTAZIONI

N. 1. Servente, donna sana non gravida, nè puerpera.
N. 2. Nutrice che partorì il 28 Settembre scorso.
N. 3. Nutrice che partorì il 12 Maggio scorso.

Calore del corpo dei neonati

Numero progressivo	Epoca delle osservazioni	Calore del corpo all' ascella	Numero generale del neonato
1	8 Ottobre	38 3/5	3 N. 298
2	8 »	38 1/5	3 N. 328
3	10 »	37	3 N. 332
4	11 »	38 4/5	»

ANNOTAZIONI

N. 1. Di circa 20 giorni. Femmina.

N. 2. Di circa 2 giorni. Femmina.

N. 3. Maschio, introdotto in quel punto nell' Ospizio tremante dal freddo perchè sfasciato, con stagione un po' fresca.

N. 4. Lo stesso.

——

Temperatura presa all' ascella ed all' utero di donna gravida con feto morto.

N. N. incinta nel nono mese, assistita dalla levatrice Sig. *Assunta Garagnani* di Bologna, nel 20 Ottobre 1873, erano otto giorni che non avvertiva i moti attivi del feto, per cui temeva fosse morto. Ascoltata ripetutamente dalla stessa levatrice e dal Prof. *Cesare Belluzzi* non se n' ebbe che un risultato negativo, non essendosi in alcun punto dell' addome rilevato il battito cardiaco. Nel dì seguente, me presente e la Signora *Garagnani*, venne applicato il termometro nella vagina fin entro l'orifizio interno dell'utero, e lasciatovi 12 minuti segnò $39\ {}^{2}/_{5}$, mentre applicato per egual tempo all' ascella diede $37\ {}^{4}/_{5}$. Secondo il *Cohnstein* adunque, la diagnosi sarebbe stata di *feto vivo*, mentre la donna partorì dopo due giorni un feto morto non solo, ma macero, che indicava la morte essere avvenuta almeno da 8 o 10 giorni.

Da queste osservazioni può ritrarsi che finora la dottrina del Dott. *Cohnstein*, non dà lume sicuro alla scienza, e richiede ancora altri studi ed esperimenti, prima d' essere dichiarata accettabile.

METODO DEL KIVISCH PRIMITIVO NELLA PROVOCAZIONE DEL PARTO PREMATURO. — Storia dell' alunna Levatrice della Maternità di Bologna DINA VIANI.

Il metodo delle iniezioni vaginali operate colla pompa aspirante e premente, quantunque sembri molto semplice, ha prodotto però, come è noto, in qualche caso, sconcerti più o meno gravi e talora persino una sollecita morte.

In seguito di ciò l' on. Prof. *Belluzzi* di Bologna ha voluto ritentare il metodo primitivo del *Kivisch*, consistente nel sospendere il carico dell' acqua ad un muro mediante un recipiente munito di rubinetto al quale viene raccomandato un tubo di gomma elastica, che viene poi introdotto nella vagina, onde operare le iniezioni. Dietro di lui invito pertanto mi faccio a narrare il caso seguente, al quale io assistetti sotto la sua direzione e che fu seguito da esito felice.

Teresa Torri in Zucchini, d' anni 29, di costituzione gracile, di tempra linfatica, asserisce di aver avuto sempre buona salute. Cominciò a camminare a due anni; a 16 ebbe la prima menstruazione, proseguita poi regolarmente. — È pluripara, ebbe la sua prima gravidanza a 25 anni, terminata con parto artificiale, mediante applicazione di forcipe, con bambino vivo; dopo due anni circa restava nuovamente incinta e nel settimo mese di gestazione partorì naturalmente un feto maschio già cadavere.

Il giorno 24 Ottobre di quest' anno 1873 presentavasi all' onor. mio Maestro Prof. *Cesare Belluzzi* per consultarlo sul da farsi, trovandosi di nuovo gravida, ed essen-

do di già stata dal medesimo consigliata fino dopo la prima gravidanza alla provocazione del parto prematuro artificiale, poichè la Torri trovasi avere il bacino viziato.

Ecco quanto si rileva dall' esame ostetrico fatto in detta giornata.

Donna di bassa statura (centim. 142), mascellare inferiore alquanto sporgente, torace breve, mammelle bene sviluppate e ricche di glandole, capezzolo normale, colonna vertebrale diritta come pure gli arti inferiori, insellatura sacro-vertebrale pronunciata più del normale, sacro piatto; arco pubico poco aperto; creste iliache al medesimo livello, utero di forma ovale con leggiera obbliquità anteriore, sulla superficie del ventre nessuna smagliatura.

Dimensioni dell' utero. — Colla fetuccia numerata a centimetri, assecondando la convessità dell'addome si hanno: altezza del fondo dell' utero dall' orlo superiore del pube centim. 31; dall'orlo suddetto all'ombellico centim. 17; da questo al fondo centim. 14.

Pelvimetria esterna. — Da una spina iliaca anteriore superiore all' altra cent. 23: 4; diametro sacro-pubico centim. 17; obbliqui presi da una spina dell' ileo posteriore superiore di un lato al tubercolo ileo-pubico del lato opposto centim. 17 millim. 3; circonferenza della pelvi centim. 77. Colla palpazione si riscontrano parti piccole di feto nel quadrante superiore destro, al disopra del pube una parte dura, rotonda che è l'estremità cefalica, di discreto volume e molto mobile. Coll' ascoltazione si avverte il battito cardiaco fetale nel quadrante superiore sinistro, distinto, regolare nel numero di 124 pulsazioni al minuto, soffio uterino nel quadrante inferiore sinistro.

Esame interno. — Pudende normali, vagina regolare, collo uterino lungo circa 6 linee, segmento inferiore in istato naturale, orifizio esterno aperto da permettere ap-

pena l' introduzione dell' apice del dito e con questo si contorna tutta la circonferenza della linea innominata, e misurato il diametro sacro-pubico, detrattone l' inclinazione, è di centim. 8 scarsi.

La donna aveva avuto l' ultimo scolo mensile ai primi di Marzo; percepito i primi moti fetali in Giugno; da questi dati, come da quelli risguardanti l' utero si diagnosticò essere la gravidanza nell' ottavo mese, e fu quindi deliberato di provocare il parto cominciando col 1° di Novembre.

Fu appeso adunque un vaso di latta al muro, capace di litri 10 di acqua, al rubinetto del quale, alto metri 1: 50 dal suolo, venne attaccato un tubo di gomma elastica lungo metri 1: 70, che presentava un lume interno di 1 centim., all'estremità del quale venne aggiunto un tubo pure di gomma elastica da iniezioni vaginali.

Dalla prima giornata fino alla sesta furono fatte due iniezioni al giorno della durata di dieci minuti; nella settima ed ottava tre al giorno; nella nona fu introdotto fra utero e membrane una piccola siringa di gomma, e furono ripetute le solite iniezioni; nella decima iniezioni e introduzione di una siringa più grossa. Da queste operazioni si ottenne vantaggioso risultato, giacchè fino dalla 4ª giornata si ebbe a notare un rammollimento nel segmento inferiore uterino; nonchè un accorciamento del collo, segni che andarono progressivamente aumentando, venendo così imitati da vicino quelli che avvengono in prossimità del parto normale; nella nona giornata il rammollimento era al massimo grado; il collo scomparso; la dilatazione di 3 centimetri, e non mancava qualche contrazione dell' utero. É da notarsi però che alla donna riesciva molto dolorosa l' introduzione della siringa non potendola sopportare che ore 6 la prima giornata, 5 la seconda; in conseguenza di questo non essendosi ot-

tenuto maggior dilatazione dell' orifizio uterino, alla siringa furono sostituite tre dosi (30 centig. l' una) di segala cornuta, ad intervallo di 15 minuti; ma più che da questa si ottenne ulteriore vantaggio dalla rottura artificiale del sacco delle acque praticata alle ore 10 pom. del giorno 10, a dilatazione di 3 centimetri, facendo stare dopo tale operazione alquanto alzata la donna.

Dopo lo scolo delle acque, che furono molte, si risvegliarono contrazioni uterine, e si stabilì il vero travaglio del parto. La testa fetale che mantenevasi mobile al distretto superiore, s' impegnò tosto, e discese in linea retta nell' escavazione: i dolori si mantennero leggieri e a lunghi intervalli fino alle ore 2 antimeridiane, la dilatazione della bocca dell' utero fu completa alle ore 5, il capo fetale compì il movimento di discesa alle 7 3/4, eseguì quindi il moto di rotazione interna e nelle 9 1/4 la testa venne espulsa, dopo della quale uscirono le spalle e il resto del corpo sollecitamente.

Il secondamento dopo un quarto d' ora avvenne naturale.

Il neonato è maschio, presentò l' occipite in prima posizione; nacque vivo, robusto, respirò tosto, avendo tutte le apparenze di un bambino campatoio; la sua lunghezza era centim. 47, dal vertice all' ombelico 25, dall' ombelico ai calcagni 22, il suo peso grammi 2700, i suoi diametri:

Mento-occipitale	centim.	11
Fronte-occipitale	»	11
Sotto-occipite-breg. . . .	»	9
Biparietale	»	8, 3
Mento-breg.	»	9, 8

La donna dopo il parto non provò disturbo di sorta; il suo polso dava 64 pulsazioni al minuto, e la temperatura del corpo segnava 37 gradi.

1° Giorno 13 Nov. ore 9 ant. — Polso 60. Temp. 37. Nella giornata ebbe morsi uterini che persistono tuttora, però nella notte riposò abbastanza bene, lingua bella, stato generale discreto, utero contratto, leggermente dolente al lato destro, col suo fondo è a livello dell' ombelico, lochi sanguigni regolari, non defecazioni, urina da sè.

Cataplasma sul ventre.

Il bambino passò la notte con inquietudine rigettando qualche poco di latte, evacuò urina e meconio in quantità. Venne allattato tre volte dalla balia, si mantiene il riscaldamento artificiale con tre bottiglie di acqua calda.

2° Giorno, ore 9 antim. — Polso 64. Temperatura 37^{2}. Notte insonne per morsi uterini, stato generale soddisfacente, lingua bella, comincia la secrezione lattea, continua il dolore dell' utero al lato destro, col suo fondo questo viscere arriva a due dita sotto la cicatrice ombelicale, lochi regolari, non scariche alvine, urina bene.

Si continua il cataplasma sul ventre.

Il bambino dormì tutta la notte tranquillamente, poppa bene, viene attaccato al petto della madre, non più vomito, funzione del retto e della vescica regolare.

Sera ore 6. — Polso 68. Temperatara 38. Vennero applicate sei mignatte all' addome sul punto dolente.

3° Giorno, ore 9 antim. — Polso 62. Temperatura 37^{2}. Durante la giornata qualche brivido alternato con calore alla testa; col salasso ottenuto dalle mignatte, che fu abbondante, scomparve affatto il dolore uterino, la secrezione lattea formasi abbondante, l' utero col suo fondo è a tre dita sotto l' ombelico, lochi formati di sangue dilavato e leggermente fetenti, una evacuazione alvina.

Pozione oleosa, iniezioni vaginali semplici.

Il bambino fu alquanto inquieto, non ebbe evacuazioni, urina bene, durante il giorno viene allattato dalla madre, nella sera dalla balia. Si continua il riscaldamento artificiale.

4°, 5°, 6°, 7°, e 8° Giorno. — Il processo puerperale continuò rapido e felice. La comparsa del latte si scompagnò da qualunque fenomeno morboso, e si stabilì quindi normale ed abbondante. Il bambino oggi conta 43 giorni, e allattato dalla madre cresce felicemente.

ESPERIMENTI FATTI NEL BREFOTROFIO DI BOLOGNA COLLE SEMOLINE E PASTE IGIENICHE ALIMENTARI DELLA FABBRICA PRIVILEGIATA DI TORINO. — Nota del Dott. E. BRUERS.

Queste pastine alimentari furono presentate nel p. p. Maggio al chiar. Dott. *Cesare Belluzzi*, Direttore dell' Ospizio Esposti e Maternità di Bologna, pregandolo di sperimentarle e quindi portare giudizio sul loro valore nutritizio.

Tal genere di sperimenti per esser concludenti vorrebbero fatti su larga scala e ciò che più monta, comparativamente, cioè nutrendo individui che si trovassero nelle medesime condizioni di salute, alcuni con paste ordinarie di frumento, alcuni colle paste sulle quali si vuol dare un giudizio. Ma mancandoci a tal fine e la quantità di pasta necessaria e d' altra parte il numero di soggetti idonei, noterò in breve ciò che fu osservato.

Tre furono i bambini sottoposti a tale alimentazione; si scelsero soggetti che non avessero una malattia speciale a qualche organo, ma nei quali in genere il processo nutritivo fosse deficiente.

Osservazione 1.

É una bambina di 15 mesi e mezzo, della cui anamnesi si sa solo ch' essa fu allattata da una donna durante tutto il tempo di una gravidanza, così che quando la bambina fu slattata, la nutrice era puerpera di pochi giorni. Entrò nell' Ospizio ai primi di Aprlle 1873 offrendo le apparenze della incipiente rachitide. Testa voluminosa, fontanella anteriore largamente aperta, naso schiacciato, torace molto ristretto in alto, tutto il corpo scarnato, pannicolo adiposo nullo, carni molto floscie ovunque, pelle sollevabile in larghe pieghe specialmente alla parte interna e superiore delle coscie, ed al bordo anteriore dell' ascella. Non vi erano rigonfiamenti abnormi attorno le articolazioni, ma la bambina anche sostenuta non poggiava volontieri sui piedi; emetteva un continuo gemito e mostrava di preferire esser lasciata in letto.

L' esame obbiettivo non rilevava che lieve catarro dei primi bronchi e fegato molto voluminoso. Le orine normali; le evacuuzioni alvine 3-4 al giorno di materie pultacee, giallo-biancastre, miste a muco. Sonno normale. Appetito quasi nullo.

Tali erano le condizioni del soggetto a principio di Aprile. Di rimedii fu somministrato l' olio di fegato di merluzzo unito a sciroppo *Dupasquier*. Per alimentazione si dava al mattiuo caffè d' orzo (decozione d' orzo abbrustolito) con latte e pane di frumento; nella giornata 2-3 ministre o zuppe e carne di manzo bollita.

Il 19 Maggio si cominciò l' uso delle pastine torinesi. Le condizioni della bambina erano poco mutate; solo il catarro bronchiale era scomparso e la bambina non emetteva più quel continuo gemito come prima. Non essendo stata pesata all' atto dell' entrata non si può dire se in quel tempo fosse cresciuto il peso del corpo.

Le pastine furono date nelle ore e nel modo che si davano le altre comuni e cioè 2-3 al giorno nel brodo.

Erano state consegnate dalla fabbrica di Torino tre specie di farine cioè: semolino minuto pulverulento, altro semolino più grosso ed una pastina la quale dopo cottura offriva il volume circa di un grano ordinario di frumento. Di questa sola si potè usare nei bambini divezzi perchè ricusarono sempre il semolino, che fu poi adoperato unito al latte in bambini piccoli che per sifilide o altro fossero posti ad allattamento artificiale.

Li 19 Maggio la bambina soggetto di questa osservazione pesava gr. 6550; dopo 8 giorni (27 maggio) gr. 6850; dopo altri 12 e 22 giorni invece gr. 6740 e gr. 6645; cioè nella prima settimana aumento di gr. 300 indi diminuzione di gr. 110 e gr. 205 relativamente al peso ottenuti dopo i primi otto giorni senza che si sapesse a qual motivo attribuire tale diminuzione di peso. Vero è che il 27 Maggio la bambina fu pesata poco dopo il pasto; ma le altre volte lo fu sempre prima, mentre la diminuzione di peso continuò per 3 settimane circa, con meraviglia di chi la custodiva poichè la bambina mangiava volontieri, non aveva diarrea e la nutrizione mostrava di progredire. Alla fine di Giugno l' alimentazione speciale fu sospesa per mancanza di pastine. La bambina pesava gr. 6740. Cominciava a poggiar qualche poco sui piedi, era meno irrequieta e la defecazione era quasi regolare cioè 1-2 volte al giorno di materie più colorate e non più commiste a muco.

Le condizioni di questa bambina andarono dipoi migliorando sempre; quando uscì (14 Agosto) la nutrizione era in istato discreto, faceva qualche passo da sola. Non fu pesata perchè non fui avvertito dell' uscita.

Osservazione 2.

Bambino di un' anno ricondotto li 12 Marzo 1873 in istato avanzatissimo di marasmo con diarrea, vomito inappetenza assoluta. Aveva tutto il corpo ricoperto di croste di eczema cronico dipendente da scabbie.

Tormentato dal prurito non avea riposo nè giorno nè notte. Fu curato con unzioni di pomata d' *Helmerich* e saponate, indi con bagni solfurei. Internamente decozione di china e più tardi olio di fegato di merluzzo. Nei due mesi e mezzo che stette nell' Ospizio, prima di esser assoggettato all' alimentazione colle pastine torinesi, la dermatosi scomparve, la diarrea ed il vomito andarono cessando. Appetiva il cibo, mangiava anzi molto; aveva 3-4 scariche alvine al giorno di materie conformate, riposava normalmente. Ma ad onta di ciò la nutrizione non progrediva per nulla; non reggeva in piedi. ed aveva apparenza di scheletro ricoperto di pelle.

Fu pesato per la prima volta li 19 Maggio (gr. 5900) indi il giorno 27 Maggio (gr. 5910) ed in questo giorno si cominciò l' alimentazione speciale. Dopo una settimana pesava gr. 6385. Tale peso fu preso dopo il pasto, ma l' aumento si mantenne ad onta che nelle successive volte fosse pesato prima. Così il 12 Giugno era di gr. 6520 ed il 19 di gr. 6555. Alla fine di Giugno cioè 10° giorno dopo cessata l'alimentazione speciale, era solo di gr. 5890 e ciò ad onta che il fanciullo si manteneva in discrete condizioni ed appariva meno denutrito. Inoltre stava in piedi discretamente; appogiato a sedie o letti si arrischiava a qualche passo.

Questo bambino di 14 mesi non aveva ancor nessun dente. Dopo cessata l'alimentazione colle paste di Torino si è mantenuto per certo tempo abbastanza nutrito, ma il miglioramento non ha progredito come nel soggetto

precedente. Pesato li 22 Ottobre era di gr. 6505 cioè nelle condizioni circa in cui era 3 mesi e mezzo addietro quando si cessò l' uso delle paste di Torino. Attualmente (fine Novembre) trovasi ancora nell'Ospizio; pesa gr. 6600; non ha nessun dente benchè abbia 18 mesi; mangia con avidità e digerisce bene, ma la nutrizione non progredisce. È irrequieto e dorme pochissimo anche di notte.

Osservazione 3.

È una bambina nata li 4 Dicembre 1871. Fu ricondotta li 30 Aprile 1873, marasmatica in sommo grado, con diarrea, vomito, inappetenza assoluta ed una tumefazione infiammatoria al braccio sinistro, che dopo poco passò a suppurazione, indi guarì. Aveva pochi denti, altri diversi stavano per spuntare ed erano causa in parte delle sofferenze della bambina.

Durante i primi giorni si amministrò un'infuso d'arnica essendo la bambina molto debole, indi un decotto di china. Per qualche giorno si diede pure l' olio di fegato di merluzzo, ma essendo preso malvolontieri, se ne sospese la somministrazione.

Fu pesata per la prima volta li 19 Maggio, era di gr. 5940; nella settimana che segui continuando l' inappetenza, e la bambina non mangiando quasi nulla, il 27 Maggio il peso era ridotto a gr. 5665. In tal giorno si cominciarono ad usare regolarmente le pastine torinesi invece delle paste comuni, continuando pure il decotto di china fino al 5 Giugno.

Il 2 di detto mese la bambina pesava gr. 5745, il 9 gr. 5770; li 19 gr. 6045. In tal giorno terminate le pastine si tornò all' alimentazione ordinaria. Per 3-4 giorni le condizioni si mantennero buone, ma poi tornò e grave la diarrea, fosse poi dipendente dalla dentizione, dal-

l' eccessivo caldo o dalla natura dell' alimento. Dopo 15 giorni trovavasi tanto abbattuta che appena prendeva qualche cucchiaio d' infuso d' arnica.

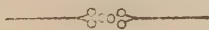
Avutasi allora altra quantità di pastine da Torino se ne somministrò per altri 20 giorni; furono ben tollerate e la bambina a poco a poco si riebbe; cessò la diarrea, tornò appetito discreto e alla fine di Luglio il peso del corpo era tornato a gr. 6050. Dopo d' allora le condizioni della piccola malata migliorarono sempre anche coll' uso dell'alimentazione comune ed il 20 Settembre essa uscì dallo stabilimento. Le funzioni digestive si compivano normalmente e la bambina cominciava a camminare da sola.

Conclusioni

Riassumendo si vede che in tutti tre i bambini vi fu notevole miglioramento sotto l' uso di queste pastine.

Nella prima il miglioramento fu durevole e progressivo anche dopo sospesone l' uso.

Nel secondo soggetto vi fu notevole miglioramento durante l' esperimento e dopo cessata l' alimentazione speciale, le condizioni sue si mantennero e sono ancora stazionarie.

Nel terzo soggetto infine si ebbe due volte miglioria dietro l' uso di quelle paste con rapido deperimento nell' intervallo dei due sperimenti, mentre dopo il 2° il miglioramento fu durevole tanto che la bambina si trovò in istato da poter essere data in custodia fuori dello Stabilimento.

TRADUZIONI E RISTAMPE

La Sinfisiotomia in Napoli. — Pel prof. *R. Novi.*

(Archivio di Chirurgia pratica di *F. Palasciano.* Vol. X. N. 3 e seg.)

(Continuazione della pag. 276 e fine)

Osservazione 4. — Maria Longobardi, di Castellammare di Stabia, avente circa 36 anni, moglie già da 11 anni e insieme madre di quattro figli procreati da lei nel corso di anni 9 di matrimonio, non aveva giammai negli altri parti sperimentato difficoltà alcuna nel partorire. Stretta appresso quest' epoca da penosa indigenza, necessità le corse di far dimora in umido abituro situato a pian terreno: per la qual cosa tormentata venne da crucioso reumatismo, che durò non meno di due anni circa; e per questo processo di tempo visse sua vita, così obbligata dal duro suo mestiero, stando sempre e quasi continuamente a sedere. Ciò fu cagione che le sue ossa, acquistato avendo per lo vizio reumatico quella particolare trasformazione che molli le rende, si distorsero in guisa ch' ella divenne gobba e defforme. E sebbene con successive cure guarita fosse per qualche maniera del vizio reumatico e possibilmente della trasformazione avvenuta alle ossa; ciò non ostante lo storcimento, a cui furon queste soggette, non fu possibil cosa levare. In cosiffatto stato ella si fe' gravida; e la gravidanza arrivata al suo termine, comparvero i dolori del parto, i quali comunque durati fossero per lo pregresso di tre giorni, pure nessun effetto avevano essi prodotto sin allora. Fu in cotale incontro chiamato a consulto il dott. *Costanzo,* benemerito chirurgo di quel paese, il quale prendendo esperienza delle cagioni che difficile rendevano a cotesta donna il partorire, ed avendola esplorata, conobbe esser quelle tutte riposte nelle strettezze della pelvi da impedire libero il passaggio del feto. Intese quindi esser mestiero di una

grande operazione per disbrigare il parto; e non volendo solo cimentarsi in questo grave importantissimo caso risolse inviar la donna all' Ospedale, ed informar di ciò che occorreva il sotto-Intendente di quel distretto, che allora era il cav. *Spinelli,* uomo per filantropia e per onore a nullo secondo (1). Costui a soccorrer l' infelice donna invitò noi di accorrer a Castellammare e noi mossi da pietà e dal grazioso invito, che il ragguardevole personaggio ne fece, movemmo da Napoli incontanente, e verso sera del 20 Settembre 1820 ivi solleciti arrivammo. Inteso il racconto di ciò che intercorreva, non che l'opinare de' professori ottimi che avevano cura della infelice donna, e fattaci ad esplorarla, riconoscemmo tosto la necessità della *sinfisiotomia*, già proposta da quelli. Imperciocchè trovammo il diametro laterale del distretto inferiore del piccolo bacino esser sì fattamente angusto, e ciò presso la sinfisi del pube, sicchè appena appena un dito solo introdur potemmo in vagina, facendolo anzi entrare con la margine sua radiale verso il pube: chè introdur volendo esso con la sua faccia palmare a dirimpetto il pube, era pure assai difficil cosa, e da sol riuscirci allorquando tentavamo di accostar esso all' osso sacro. Appena minor di questa era la strettezza che conoscemmo essere nel distretto superiore; ove riuscì a noi il toccare, sebbene con assai fatica, un punto solo della testa del feto, la quale stava tuttavia nel grande bacino. La base del *sacro* protuberava d' alquanto verso avanti, e così pure l'orlo dell'ileo era assai prominente, di maniera tale che argomentar potemmo la vacuità della pelvi avere quasi acquistato forma triangolare, lo spazio laterale del piccolo bacino essere angusto assai più di due terzi di ciò ch' esser dovrebbe nello stato naturale, e più angusto assai essere il distretto inferiore. Nè più esatte misure prender potemmo dei diametri della pelvi; poichè non era presso noi il nostro pelvimetro interno.

——

(1) È il comm. *A. Spinelli* dei principi di Scalea. È bene ricordare che il sotto-prefetto di Castellamare per la sua personale influenza faceva muovere un eminente chirurgo da Napoli in soccorso di una infelice proletaria. — Potrebbero mai tutti i sotto-prefetti, piovuti dalle Alpi, riuniti insieme, produrre qualche cosa che rassomigli a questo solo atto qui per caso ricordato? *P.*

(*È questo pelvimetro della stessa forma come le pinzette ordinarie di cui usano i chirurghi per estrarre i corpi spinti da arma da fuoco. Noi ne facemmo a descrizioue in una Memoria letta all' Accademia e consegnata ne' suoi Archivii*).

Nè di quegli altri, che comunalmente adoperano gli ostetrici, se pur presso noi fossero stati, usar potevano; chè tale e tanta era la strettezza che si osservava, sicchè, come or ora sponemmo, appena appena un dito introdur potevamo all' ingresso e con quell' artifizio che cennammo.

E quantunque l' esser cessati i movimenti del feto, e l' essersi assai affievoliti e fatti languidi i dolori, fosse per noi bastevole argomento onde opinare esser quello già mancato a' viventi, e potersi perciò soggettare a qualunque cruda operazione; ciò non ostante calcolando su la somma strettezza del bacino e specialmente su quella ch' era nel suo diametro laterale di cui avevano primamente preso esatta esperienza, fu ragione per cui ci consigliammo altrimenti fare. Imperocchè anche avvisato avessimo di aprire il cranio del feto e votar esso della massa dell' encefalo onde diminuirne il volume; pure, la sua base non potendo per cosiffatto operare diventare più stretta di ciò naturalmente suol essere, impossibil cosa riuscir doveva essa far liberamente scorrere a traverso tutto il canale osseo della pelvi cotanto ristretto. Risolvemmo dunque questa cotal donna operar di sinfisiotomia; e diffatti, un' ora innanzi il tramontar del sole della stessa giornata, ella operammo col taglio della sinfisi del pube. Così sciolta questa nella sua continuità immergemmo la donna poco appresso in bagno tepido all' uopo allestito, e raccomandammo a' chirurghi, che quivi erano a prestarci assistenza, di sostener le coscie di lei durante ciascuna doglia, onde impedire la distensione somma ed il lacerarsi delle sinfisi sacro-iliache; chè nostro pensiero era ottenere anzi di esse lenta e graduale dilatazione per procurarne senza irritazione l' allungamento.

A' dolori che primamente successero appresso il taglio della sinfisi del pube, mentre la donna era nel bagno, la testa del feto osservammo meravigliosamente avanzarsi; così che, esplorando quella internamente, un' assai porzione di essa testa toccammo, laddove piccolissimo punto se ne sentiva per lo innanzi. E sostenendo appresso e durante la notte le forze dell' inferma, e promovendo i dolori con usare cordiali e brodi, e ripetendo da quando

a quando i bagni, riuscì il giorno avvenire circa due ore dopo il sorger del sole e dieci ore dopo eseguita l' operazione, la testa del feto osservare al distretto perineale, e poco appresso da questo uscire fuori le parti sessuali. Restaron le spalle pochi momenti incuneate; ma furon tosto liberate con leggieri soccorsi che vi apprestò il prof. *Costanzo*. Sicchè uscì fuori delle angustie del bacino prestamente il feto, che aveva naturale ordinaria grandezza, ma morto, com' era già stato da noi primamente assicurato (1).

Fu la ferita fatta per l' operazione medicata di prima intenzione con empiastri attaccaticci e con fascia, come suole da noi e da ogni chirurgo praticarsi. Nè accidente alcuno si manifestò che mettesse l' animo nostro in grave facenda, se non che il comunal meteorismo ed il singhiozzo soliti a svilupparsi di seguito a cotale operazione per la irritazione cui va incontro il peritoneo, e quali veggiam per avventura risolversi così come sappiamo prenderne cura. E diffatti curati vennero nella nostra inferma in men di quattro giorni; sicchè ella trattenendosi in successo di tempo allo Spedale fu guarita del resto e di tutto tra un mese dopo avvenuto il parto; ed al 47° giorno uscir potette sana dallo Stabilimento e con migliori condizioni della sua salute, e perchè forse fu ivi meglio assai alimentata, e perchè ivi ebbe più confacevole e più salutevol dimora. Nella relazione che fu d' ordine di quel sotto-Intendente scritta dal cennato Signor *Costanzo* e che fu consegnata agli archivi dell' Accademia medico-chirurgica, sono con miglior esattezza ragguagliati i particolari di questo caso, il quale chiaramente prova quanto successiva riuscir puote la sinfisiotomia, sìcchè con difetti nel bacino tali quali erano quelli che

---

(1) È quasi superfluo dichiarare che nessun chirurgo napoletano oggidì praticherebbe la sinfisiotomia, a feto gia morto. Ma se il caso dell' angustia pelvica fosse simile a quello descritto da *Galbiati* in questa osservazione, vale a dire da rendere assolutamente impossibile la introduzione del pelvimetro interno e per conseguenza del cefalotribo, noi saremmo curiosi di sapere qual risoluzione prenderebbero quegli ostetrici i quali negano ogni potere alla sinfisotomia tanto a feto morto, quanto a feto vivo; ma non saremmo sorpresi se vedessimo imitato *Galbiati* col medesimo successo da lui ottenuto. *P.*

avevan luogo nella nostra inferma, pure riuscì con essa il parto felicemente disbrigare. Se non che convenir fa d' uopo che, laddove il feto fosse stato vivo, non piccola compressione avrebbe dovuto questo sperimentare da patire assai danni all' uscita e forse mancare a' vivi, così come era appena a luce prodotto.

Osservazione 5. — Fortunata Mugnai, di Napoli, di età circa anni..... patita per rachitismo quale aveva già prodotto storcimenti alle ossa, e primamente gravida, il dì 11 Dicembre dell' anno 1818, fu condotta allo Spedale degl' Incurabili avente dolori di parto. Esplorata internamente si trovò grandi strettezze essere a' diametri della pelvi per non potere naturalmente partorire; imperciocchè col dito introdotto in vagina si toccava di leggieri la base del sacro. E per esser certi quanto difetto fosse al diametro sacro-pube, fu misurata cogli ordinari scandagli, e si conobbe esser questo diametro non più lungo di pollici due e quattro linee. In questa occorrenza chiamossi a consulta il numero maggiore dei benemeriti chirurghi che sono in quello Stabilimento sanitario, onde decidere qual fosse il consiglio migliore a scegliere per sollevare l' inferma in tal caso di difficile parto; e qualcuno inchinò per l' opinare lei doversi operare col taglio della sinfisi del pube, seguitando però il metodo da noi proposto, di abbandonare cioè alla natura il compiersi del parto. Fu il degnissimo prof. *Mancini* colui che la operazione eseguì con destrezza oltre misura circa il cader del sole della stessa giornata (11 Dicembre); ed appsesso con le solite mentovate medicazioni si abbandonò il resto dell' opera alla natura, la quale non fu mica avara di corrispondere a' nostri concetti disegni. Imperciocchè per effetto de' continui dolori la donna pose a luce un bambino la vegnente mattina (12 Dicembre) circa 13 ore dopo eseguita l' operazione, così come suole ogni donna naturalmente partorire, quando difetto alcuno non sia alle vie che deve il feto oltrepassare. Se non che malconcio uscì quel bambino per lo stentar del parto, ma col prenderne cura, impiegando quei mezzi che son soliti in cosiffatti casi praticarsi, campò egli a' vivi, e sano vive tuttora. Esaminate le particolarità delle sue forme esteriori, era lui di ordinaria grandezza e di tratti regolari senza vizio alcuno della formazione: la testa si guardava allungata per lo aversi dovuto acconciare alle strettezze dell' osseo canale per lo quale aveva dovuto trapassare: e singolar cosa era l' osservare verso la gobba occipitale sinistra es-

ser tumore, formato non già soltanto, come comunalmente accade, per la contusione delle parti molli (quali rara cosa non è osservare trovarsi sovente patite ancora di ecchimosi), ma pure nella più parte delle ossa che ivi protuberavano. Ed alla base di questo tumore erano lontano circa due pollici e mezzo l' una dall' altra due stimmate o leggiere impressioni di roseo colore; quali noi argomentammo essere state prodotte per la compressione che ivi avevan dall' un canto e dall' altro operato le allontanate tra loro ossa del pube, per lo taglio della sinfisi sciolte del loro continuo, quantunque più gravi queste tali impressioni fossero in un canto solo. Questo tumore prodotto fuor misura dalla ossea sostanza e queste stimmate continuaron pure a chiaramente mostrarsi per alquanti giorni anche allorquando portata si era a risoluzione la contusione avvenuta alle parti molli, e dissiparonsi unicamente col progresso de' giorni e con lo svilupparsi gradatamente la formazione del bambino. Or chi vorrebbe testardo negare, il tumore delle ossa alto circa tre linee e le cennate stimmate essere così avvenute per lo trapassar che fece queila porzione della testa, ove siffatte cose si osservavano, a traverso la separazione delle ossa del pube? Che se così non fosse, altro per certo non si sarebbe osservato che una sola contusione diffusa, come avviene quando corpo duro prema sopra parti molli del corpo nostro.

E per quello riguarda la donna, patì lei dopo l' operazione, e febbre gastrica, e meteorismo assai più grave circa la seconda giornata; ma di questi morbi curata ella regolarmente co' soliti medicamenti, che usano i medici in tale incontro, guarì compiutamente tornando tra' sani. Solido saldamento successe tra le ossa del pube sciolte del loro continuo, e ciò al 30° giorno; poichè non si osservò vacillare il bacino come avviene allorquando non si unisce la tagliata sinfisi: e solido saldamento si fece pure della piaga con buona cicatrice al 40° giorno, dopo qual epoca sana e salva fu la Mugnai messa fuor dello Spedale e di ogni cura.

Nè giova apporsene in contrario; imperciocchè a convalidare queste cose l' Accademia medico-chirurgica Napolitana nominò al proposito una Commissione dei più ragguardevoli tra i suoi soci per prenderne sperienza, e costoro unanimamente nel loro rapporto fecero conoscere.

1. Che la piaga, quale fu il risultamento dell' operazione, erasi compiutamente cicatrizzata.

2. Che tra le ossa del pube non era rimasto intervallo qualunque, anzi che si erano esse perfettamente riunite.

3. Che in effetti il diametro sacro-pube dopo la guarigione era pure di pollici due e quattro linee.

4. Finalmente che per l' operazione non era rimasto alla Mugnai vizio alcuno o difetto qualunque nel camminare.

Or se sinora con gravi ragioni ipotetiche e co' fatti provato abbiamo la convenevolezza della sinfisiotomia, anche ne' casi di tale mala-formazione delle ossa del bacino, per la quale il diametro sacro-pube non misura che pollici due e mezzo, o pollici due ed un quarto; e' sembra chè la fallacia della dottrina di coloro, che hanno voluto altrimenti opinare, resti del pari lucidamente smascherata. E noi per lo già detto ben possiamo dedurre i seguenti corollari, i quali valer possono come altrettanti canoni di pratica ostetricia:

1. Che laddove il difetto ne' diametri del bacino sia al solo diametro sacro-pnbe, conservando gli altri la loro ordinaria misura, e che sia quello di pollici due e mezzo, o di pollici due ed un quarto; la sinfisiotomia è operazione lodevole a praticarsi, servando però il metodo per noi proposto, di abbandonare il parto alla natura.

2. Che allorquando il difetto non sia al diametro sacropube, ma si bene al trasversale, e sia anche questo meno di due pollici; — pure la sinfisiotomia col metodo per noi proposto può praticarsi.

3. Che per la operazione eseguita secondo il cennato metodo, nullo vizio o difetto resta alle donne, che ne sono il subbietto, sopratutto quante volte si usi di fasciare strettamente il bacino; poichè la unione delle ossa avviene, così come saldamente succede in ogni parte del corpo nostro soggetta a soluzione di continuo. Sicchè non zoppicano esse, nè scricchiolamento si sente al bacino nel camminare, nè incomodo alcuno patiscon elle all' urinare.

Che se pe' fatti narrati crediamo vantaggiosa essere la sinfisiotomia, allorquando gli enunziati difetti siano a' diametri del bacino; potrà forse al parer nostro riuscir essa del pari vantaggiosa ed innocua, ove, servando il metodo per noi consigliato, la si esegua anche ne' casi di strettezze tali della pelvi, che il diametro sacro-pube misuri unicamente pollici due di sua lunghezza. Ma non è che i fatti, i quali decider potranno ciò che ora per ragione ipotetica di leggieri pensiamo: e noi a' fatti mandiamo il decider della quistione.

Quantunque sia di ciò, confessar dobbiamo, grandi progressi aver fatto l' arte nostra in cosiffatto articolo di pratica ostetricia. Imperciocchè innocua ed utile si è renduta questa operazione della sinfisiotomia, anche in que' casi pe' quali il benemerito Sig. *Baudeloque* propone l' ultimo crudele spediente, la operazione cesarea; opinando egli assai più trista riuscire la sinfisiotomia, quante volte si pratica nella circostanza che il diametro sacro-pube misuri di sua lunghezza due pollici e mezzo ».

A questi principii, su di cui la scuola napoletana è fondata, sono dovuti i felici risultamenti della sinfisiotomia presso noi. Solo è forza confessare che ben rare volte ci è dato di affidare alla natura la espulsione del feto, dopo eseguito il taglio della sincondrosi pubica, e ciò perchè o l' angustia pelvica è tale da non poterla permettere, o perchè le inferme pervengono nell' ospedale dopo uno, due o più giorni ancora di penoso ed inutile travaglio, nei quali l' utero dietro lunghi ed infruttuosi sforzi è caduto nella più completa inerzia, e lo stato generale delle misere donne non lascia punto sperare il ritorno delle contrazioni uterine. Attendere in questi casi il compimento del parto per le sole forze della natura sarebbe lo stesso di esporre a quasi certa morte la madre ed il suo portato. In tali circostanze il forcipe, nelle presentazioni della testa, è la frequente ed unica nostra risorsa, avendo però per precetto usarlo con estrema delicatezza e prudenza, tirando cioè con metodiche e moderate trazioni senza movimenti di rotazione, o di pendolo, imitando in una parola per quanto è possibile la natura nella spontanea espulsione del feto. Ma prima di ciò fare abbiamo per regola cingere il bacino della donna con fascia a corpo, o meglio farlo sostenere da due abili ed intelligenti aiuti durante la estrazione del feto, per evitare così la eccessiva e brusca distrazione delle sinfisi sacro-iliache.

E mentre che la sinfisotomia si ritiene come operazione non più praticabile nello stato attuale della scienza (*Cazeaux*), caduta in disuso per il parto prematuro e la cefalotrissia (*Chailly*), come pratica abbandonata (*Silbért*), a buon dritto cancellata dalla serie delle operazioni ostetriche (*Brame*), come semplice ricordo ostetrico da molti, e da alcuno infine neanche degna di essere ricordata (*Scanzoni*); la scuola napolitana la ritiene sempre come operazione di grande utilità in molti casi di angustia pelvica, e la mantiene in pratica con felice successo. Nè

contenta di mantenerla viva e di prospera vita, ne allarga sempre più il campo delle indicazioni.

II.

Quistioni. — Fin dal 1867 il Prof. *Iacolucci* in una sua erudita memoria propose due alleanze, l' una tra la sinfisiotomia ed il parto prematuro artificiale, contro il parto cesareo, e l' altra tra la sinfisotomia e l' embriotomia anche contro il parto cesareo, dicendo « aver dichiarato che segue la dottrina, la quale non fa lecito provocare l' aborto e far la embriotomia in feto vivo nello scopo di evitare il parto cesareo, e la sinfisotomia: di più bisogna non dimenticare che se nel parto cesareo si salvano i feti, si sacrificano quasi con certezza le vite delle madri. Non è forse più umano e più giusto che il feto metta alquanto in pericolo la sua vita per salvare quella di sua madre? Or si ponga il caso di una donna che nel suo bacino difettoso abbia il diametro sacro-pube di due pollici (0m 0 54): siffatta donna, essendo il feto vivo, dovrebbe essere sottoposta al parto cesareo: invece io propongo di combinare il parto prematuro provocato a sette mesi con la sinfisotomia. Invero per la sinfisotomia il diametro sacro-pube si allungherebbe sino a due pollici e mezzo (0m 0 67) ed anche a due pollici ed otto linee (0m 0 71), e quindi si renderebbe facile il passaggio della testa di feto di sette mesi, la quale ha il diametro bi-parietale di due pollici e mezzo (0m 0 67). Non v' ha dubbio che la madre soffrirebbe i danni della sinfisotomia e del parto prematuro, ma nel tutto insieme sono essi paragonabili con quelli del parto cesareo? Passiamo ad un altro progetto: in caso di angustia pelvica che richiede il parto cesareo, se il feto è già morto il chirurgo deve ingegnarsi di estrarre il feto, eseguendo la embriotomia, ma anche questa operazione riesce impossibile allora che il diametro sacro-pube è lungo linee 21 e secondo altri linee 18, e se per mala ventura il restringimento fosse al di là di quest' ultimo limite, morto o vivo che sia il feto, non abbiamo altra risorsa che la operazione cesarea » perchè la embriotomia sarebbe impossibile, ed anche quando riuscisse eseguirla, sarebbe più pericolosa dello stesso taglio cesareo (*Balocchi*, Ostetricia pag. 794). Perchè mai nei casi di feto morto e di bacino viziato a tal grado il chirurgo non dovrebbe fare il taglio della sinfisi, se il taglio della sinfisi gli rendesse possibile la

embriotomia? Non eviterebbe in tal modo la tremenda necessità di far il taglio cesareo per estrarre un cadavere?

Di siffatti vantaggi io credo essere feconda la lega della sinfisotomia col parto prematuro, e con la embriotomia. Possa la clinica provare che non ho errato nelle mie previsioni, affinchè divengano rarissimi i casi, nei quali è inevitabile il parto cesareo ». (*Iacolucci*. Paragone della sinfisotomia col parto prematuro provocato per strettezza pelvica, progetto per evitare il parto cesareo ec. Morgagni anno 1° pag. 569).

Le proposte del prof. *Iacolucci* furone bene accolte, e la sua memoria venne riportata in vari periodici italiani, fra i quali lo *Sperimentale* di Firenze, rivista del prof. *Balocchi*, il *Bullettino delle Scienze Mediche* di Bologna, il *Raccoglitore Medico* di Fano, e la *Gazzetta Medica Italiana* degli Stati Sardi: ed il *Balocchi*, esimio ostetrico, non solo ne fece un' esatta analisi, ma la corredò ancora di dotte, e minute riflessioni. Infatti esso dice « la proposta consistente in due alleanze fra la sinfisotomia ed il parto prematuro artificiale, e fra la sinfisotomia e l' embriotomia, l' una e l' altra contro il parto cesareo, è questa una proposta di sì grave momento da meritare l' esame più pacato. Non vi è dubbio che i principii morali, che l' autore professa non siano quelli ai quali gli ostetrici coscienzosi debbono attenersi, e non vi è dubbio altresì che partendo da essi la proposta non abbia i più ragionati fondamenti per sussistere. Ma non sempre la bontà di un principio trova conferma nell' atto pratico; ora è realmente da vedersi se le due operazioni riunite sinfisotomia cioè a parto prematuro, sinfisotomia ed embriotomia non siano di per se sole più gravi dell' unica cesarea.

Di ciò l' esperienza solo che viene dal tempo può essere giudice competente, sebbene riguardata la cosa a priori sembra indubitato che ciascuna delle due alleanze debba essere meno pregiudichevole della gravissima operazione cesarea. Ma ammesso anche questo che cioè ponderati i pericoli cui va incontro la donna nell'uno e nell' altro caso, essi si trovassero sempre maggiori dal lato della operazione cesarea, resterebbe ancora a sciogliersi un dubbio che qui ha un' importanza capitale. Può ella la sinfisotomia al settimo mese di gestazione dare i medesimi risultati d' ingrandimento, che dà quando la gravidanza è giunta al suo termine?

Prima di rispondere a tale quesito non sarà inutile rammentare che la sinfisotomia nacque appunto dalla osservazione di fatto, consistente nel rammollimento e divaricamento naturale delle sinfisi del bacino verificati in tutte le gravide. Ora la istoria della gravidanza ci mostra che questo rammollimento è consecutivo, come graduati, e progressivi sono tutti gli altri mutamenti che si compiono negli organi inservienti alla gestazione ed al parto. Così essendo egli è chiaro che a sette mesi non si possono avere quei mutamenti medesimi che si hanno a nove, e quindi ne viene leggittimo il dubbio se a quell' epoca di gravidanza non ancora matura si possono ottenere i risultati medesimi che si ottennero a gestazione completa. Vorremo sapere in una parola se eseguendo questa operazione a sette mesi si possono guadagnare due linee nel diametro antero-posteriore allontanando i pubi di un pollice, se si otterranno cinque linee con due pollici di allontanamento, se otto linee con un allontanamento di due pollici, e mezzo. Poichè le esperienze di *Giraud* che dettero questi risultati furono eseguite su donne morte immediatamente dopo il parto a termine, cioè quando i mutamenti delle sinfisi sono giunti al loro maggiore sviluppo. Egli è vero che l' esperienza ha mostrato nei bacini viziati farsi l'allontanamento delle ossa naturalmente più grande di quello indicato qui sopra, il che potrebbe compensare in parte quella disposizione minore che debbono avere le sinfisi a lasciarsi scostare a sette mesi invece che a nove, ma ciò non è che una supposizione. Ora a volere andare sicuri a proferire un tanto giudizio occorrerebbe avere fatti compiuti in tali circostanze, occorrerebbe avere almeno sperimenti in proposito, onde in casi cotanto gravi la coscienza dell'ostetrico potesse dar mano ad un tale tentativo, tentativo che a me sorride moltissimo, ma che la fredda ragion medica non mi permetta ancora di francamente abbracciare.

E sebbene la seconda alleanza testè ricordata fra la sinfisotomia e l' embriotomia per evitare il parto cesareo nei casi di massimo stringimento del bacino, quanto il feto è morto, sembra ancora più ragionevole, non bisogna però perdere di vista che questi gravi vizi del bacino si hanno quasi sempre con sporgenza in avanti dell' angolo sacro-vertebrale, e con depressione in dietro della sinfisi pubica, con quel vizio cioè che dà allo stretto superiore la forma di un ∞ in cifra, in cui a consentimento dei più, che si sono occupati di quella materia, il taglio della sinfisi sarebbe controindicato.

Pure non ostante non bisogna dimenticare neppure che queste controindicazioni sono basate sopra lo studio di uno scarso numero di fatti, e che perciò studi ulteriori potrebbero ancora mostrare il contrario: di più è ancora a ricordarsi che quando il taglio della sinfisi non bastasse a produrre l' effetto desiderato, la osservazione non sarebbe per questo interamente fallita, essendo che si potrebbe ricorrere al taglio di uno dei pubi per ottenere l' ingrandimento richiesto. Ed ora quando studi ulteriori su vari punti che meritano ancora una qualche dilucidazione venissero a confortare le idee emesse, per rendere meno grave la sinfisotomia per la donna, non sarebbe meglio adottare il taglio sotto-cutaneo della sinfisi? Noi facciamo voto che il Dott. *Iacolucci* che è così bene addentrato nella materia risolva con i mezzi che egli ha i dubbi affacciati; lo invitiamo caldamente a raccogliere i materiali sparsi, che sembra non debbono essere pochi, pertinenti in ispecie alla ostetricia napoletana e portare in essi quella face di severa critica che egli possiede, onde sceverare il vero dal falso; lo invitiamo pure, se l' opportunità glielo consente, a fare esperimenti su bacini viziati per vedere se sono necessarie le modificazioni indotte dalla gravidanza, onde si ottengano col taglio della sinfisi gli aumenti che si ottennero facendo questa prova in donne morte poco dopo il parto. Che se questo risultasse da suoi studi avvenire anche fuori della gravidanza, e senza danno per le sinfisi, gli ostetrici non avrebbero ad occuparsi di altro, che di rendere la operazione medesima più facile e meno pericolosa per la madre.

Allora sì, ma allora soltanto, le indicazioni che egli propone per rimediare ai gravi vizi del bacino nella gravidanza potrebbero elevarsi a canone generale scientifico, che non dubito sarebbe da tutti accettato. (*Sperimentale* di Firenze, rivista del prof. *Balocchi*).

Ammessa dall' esimio ostetrico la bontà dei principî delle due proposte alleanze contro il parto cesareo, non rimaneva che dileguare i giusti e scientifici dubbi dal medesimo elevati; e già in risposta il prof. *Iacolucci* citava un caso di sinfisotomia da lui praticato nell' ottavo mese di gravidanza, il quale se non in tutto, almeno in parte, poteva sciogliere qualche dubbio.

Esso è il seguente:

Nel dì 25 Luglio 1858 una donna, Raffaela Sica, venne nella sala ostetrica dell' Ospedale degl' Incurabili; la

meccanica del parto era già dichiarata, e da quanto si potè raccogliere il parto era prematuro, ed all' ottavo mese. Misurato da molti professori il diametro sacro-pube, era circa due pollici e mezzo (0m 67), chi lo stimava qualche linea di più, chi qualche linea di meno. Essendosi osservato che dopo molte ore non ostante le doglie, la testa del feto rimaneva di sopra lo stretto addominale, e che i segni della vita del feto affievolivano, si considerò che aspettando, il feto sarebbe morto, e che l' applicazione del forcipe doveva riuscire dannosa alla madre e mortale al feto: e quindi si decise essere necessaria la sinfisotomia. Questa operazione fu da me eseguita alle ore 10 antim. ed appena tagliata la sinfisi del pube, i dolori si resero più forti, ed espulsivi, poco dopo la testa passò lo stretto superiore, e scese nell' escavazione. Il feto uscì alla luce due ore dopo la operazione senza che altro aiuto fosse stato necessario; era vivo, ma ben tosto morì; le dimensioni della testa lo facevano stimare di otto mesi. La espulsione della placenta fu alquanto stentata per modo che non obbedendo ai traimenti sul cordone, fui obbligato d' introdurre la mano nell'utero, e così la estrassi facilmente.

Nei primi giorni di puerperio tutto faceva sperar guarigione; la lingua era coperta di patina gialla, ed i purganti ripetuti misero fuori molta feccie e qualche lombrico; ma la donna era inchinevole ed eccedere ne' cibi. Nel sesto giorno la ferita mostrossi spalancata, e la marcia di cattiva qualità: le cose peggiorarono lentamente, ed ella finì di vivere nel diciottesimo giorno da quello dell' operazione. Prima di scrivere quel che palesò l' autopsia, è mestieri permettere che un' arteriuzza recisa, la quale non potè essere legata, dava sangue specialmente allora che per le contrazioni uterine i pubi divisi vie più si allontanavano, e perciò si fece uso del liquore emostatico di *Faliero*, il quale fu versato più volte dentro la ferita. Il Dottore *Cesare Olivieri* in presenza di altri colleghi notò quanto segue nell' autopsia, che io trascrivo le parole di lui.

Allargando la ferita sul monte di Venere trovai tra i pubi divaricati quanto un' oncia e mezzo di umor sanioso putrido che poggiava sull' uretra e vagina, e gli faceva argine in indietro il peritoneo che venendo dalla vescica si fa parietale. In mezzo all' umore era un pezzetto di osso isolato, irregolare, lungo sei linee: mi pareva provenire dalla superficie recisa del pube destro, ove non

osservai fibro-cartilagine, mentre nell' altro pube ce n' era molta. La sacca, che conteneva quell' umore, nera, rammollita, aveva due sfuggite laterali, la sinistra si fermava ad un pollice e mezzo dietro la branca del pube nella cellulare colà esistente, la destra avanti e dietro il pube fino al loro ovale per dove entrano i vasi e nervi, e di qui all' articolazione coxo-femorale destra; e nell' acetabolo erano un paio di dramme di pus bianco giallastro cremoso. Uretra intatta. Vescica contratta senza goccia di urina, mocciosa della parete posteriore con una diecina di afte sopra piccoli rilievi arrossiti.

Nel sangue dei piccioli vasi del bacino e nelle glandole linfatiche, molto gas.

Nella giacitura supina del cadavere il divaricamento tra i due pubi segnava pollici 1, lin. 8.

Le sinfisi sacro-iliache ove si notava molta mobilita e niente altro, lin. 2.

Avvicinando quasi a contatto i due pubi, il diametro sacro-pubico segnava poll. 2 e lin. 4.

L' obliquo destro poll. 8, lin. 7.

Corda destra poll. 2, lin. 1.

Corda sinistra poll. 3.

I diametri dello stretto inferiore poll. 3, lin. 4.

La sinfisi del pube nella linea orizzontale d' avanti in dietro corrispondeva al lato destro della prima vertebra del sacro.

In tutte le altre viscere nessuna particolarità.

Facciamo alcune considerazioni.

1. Essendo il feto vivo, e di otto mesi, il forcipe non poteva rimpicciolire tanto la testa da farla passar senza danno a traverso uno stretto addominale, che aveva il diametro sacro-pubico di pollici 2 e linee 4, e forse il passaggio era impossibile.

2. La sinfisotomia fu indicata, perchè la testa del feto era più piccola, essendo il parto prematuro: la uscita del feto, senz' altro aiuto, dopo due ore dall' operazione dimostrò la esattezza della indicazione.

3. Il feto visse pochissimo, come suole avvenire a quelli che nascono prematuramente.

4. L' autopsia avendo dimostrato la cedevolezza e la mobilita nelle sinfisi sacro-iliache, nessun danno cagionato dal distendimento per la sinfisotomia, rimane quasi sciolto il dubbio di capitale importanza fatto dal *Balocchi*: perciocchè se le cose andarono sì fattamente in un parto prematuro di otto mesi, in quelli di sette è probabilissi-

mo che sia poca la differenza nel rammollimento e divaricamento naturale delle sinfisi del bacino verificati in tutte le gravide, ed inoltre la testa di un feto settimestre è più cedevole e compressibile.

5. La donna cessò di vivere nel 18 giorno da quello della operazione: l' autopsia dimostrò guasti nella parte anteriore del bacino: le sinfisi sacro-iliache e le parti vicine erano nello stato normale. Il lettore giudichi qual fu la cagione della morte: ma debbo con rammarico ricordare che quel liquore emostatico, tra i componenti del quale io ignorava esservi alcool e qualche sostanza stimolante, ha potuto, infiltrandosi tra le parti scoperte per la ferita, essere o la sola cagione, o una concausa della infiammazione e suppurazione intervenuta (Paragone della sinfisotomia col parto prematuro provocato per strettezza del bacino. Progetto per evitare il parto cesareo ec. pel Prof. *Errico Iacolucci*; rivista del Prof. *Balocchi* e risposta dell' istesso *Iacolucci*. Morgagni anno 2, pag. 42 e 43).

Questo caso di parto prematuro spontaneo all' ottavo mese e di sinfisotomia dal Prof. *Iacolucci* citato, se bastava a provare che in tal' epoca di gestazione il taglio della sinfisi pubica dà i medesimi risultati d' ingrandimento, che dà quando la gravidanza è giunta al suo termine, non era però sufficiente a sciogliere tutti i gravi dubbi elevati cioè, la sinfisotomia al settimo mese dà i medesimi risultati che dà al nono ed all' ottavo giusta il caso riferito di sopra? Sinfisotomia e parto prematuro artificiale, sinfisotomia ed embriotomia sono per sè sole più gravi della sola operazione cesarea? Le seguenti osservazioni credo che saranno sufficienti a dar risposta a tali domande, e togliere così ogni dubbio dall' animo degli ostetrici.

Osservazione 1ª Sinfisotomia ed Embriotomia.

Nel giorno 8 Settembre or decorso verso le 11 antim. venne condotta nella sala ostetrica dell'Ospedale degl'Incurabili la nominata Rosa Meglio, di Napoli, di anni 27, primipara deformata dal rachitismo fin dalla sua prima età: la medesima era già da quattro giorni in travaglio di parto, e le acque erano corse da 36 ore. Esaminato il bacino rilevai che il diametro sacro-pube era appena di linee 22 (0m 049), per la grande sporgenza in avanti dell' angolo sacro-vertebrale, le grandi labbra edematose, la vagina arrossita dolente e gonfia da permettere appena la introduzione di due dita: l' orificio dell' utero dilatato,

l' orlo però posteriore di esso, perchè compresso tra la sporgenza sacrale e la testa del feto, essendo questa la parte che si presentava, era tumefatto e molto sensibile al tatto. L' utero era nella più completa inerzia: la testa del feto faceva tumore nella regione sopra-pubica, e per quanto avessi potuto attentamente osservare non mi fu dato sentire pulsazione fetale alcuna, per lo che diagnosticai il feto già morto. Lo stato generale della donna era debolissimo, e fui costretto prima di ogni altra indicazione sollevarne le forze con brodo e cordiali.

In sì grave fatto dovendo assolvere il parto, e ritenendo a mio credere che la sola cefalotrissia preceduta dalla craniotomia sarebbe stata impossibile o almeno difficile, ma certamente mortale per la misera madre, divisai mettere in pratica la proposta alleanza, unire cioè la sinfisotomia e la cefalotrissia, e così dare compimento al parto. Tale mia opinione manifestata ai Professori *Tesorone* e *Martino* chiamati a consulta e da questi approvata, eseguii immediatamente il taglio della sinfisi pubica. Fatta la sinfisotomia lasciai riposare la donna per circa un' ora, nel quale frattempo giunse ancora il Prof. *Caccioppoli*, il quale convalidò le prese indicazioni e mi onorò ancora della sua assistenza. Riposata la inferma e ristorata con altro brodo, feci la craniotomia e la cefalotrissia, e quindi con manovre manuali mi riuscì far discendere la testa nell' escavazione, mettendo con un movimento di rotazione il diametro della testa ridotto, occipite-frontale, in rapporto con il diametro sacro-pube, e poi estrarla col forcipe.

La uscita delle spalle non fu senza difficoltà, e questa vinta, il feto venne fuori nello stato d' incipiente putrefazione. Il suo peso era di chilogrammi due ed un quarto, e la lunghezza di poll. 18 circa.

Tolte le secondine, ravvicinati i pubi, medicata la ferita, e fasciata la inferma non solo per mantenere l' apparecchio di medicatura, ma per tenere ancora ravvicinati i pubi divisi ed immobile il bacino, fu la puerpera portata nel letto a lei destinato. Il puerperio fu regolare; tranne alcune iniezioni emollienti in vagina ed un purgante di olio di ricino al quarto giorno, non vi furono altre indicazioni a soddisfare. Al 26° giorno da quello della operazione fu fatta alzare da letto per la prima volta la donna, e star seduta per qualche ora, e così di giorno in giorno sempre immegliando cominciò a camminare,

e finalmente il giorno 20 Ottobre la Rosa Meglio uscì dall' Ospedale perfettamente guarita.

Su questo caso di clinica ostetrica si possono fare le seguenti considerazioni cioè, potevasi assolvere il parto in tanta angustia pelvica mediante la sola craniotomia e cefalotrissia senza esporre la madre a quasi certa morte? Devesi alla sinfisotomia ed alla cefalotrissia unite insieme la guarigione della Rosa Meglio? Le due operazioni sono per se solo tanto pericolose, quanto l'unica cesarea?

Che la sola cefalotrissia preceduta dalla craniotomia sarebbe riuscita mortale per la misera madre è facile immaginarlo allora quando si considera che il cefalotritore non è istrumento del tutto innocente, come lo provano parecchie cefalotrissie eseguite da valenti operatori, e seguite dalla morte delle infelici madri, in fatti ancora di minore angustia pelvica: ed è perciò che gli ostetrici tutti han voluto fissare un limite al di là del quale la cefalotrissia non è più indicata. *Baudelocque*, ritenuto per l'inventore del cefalotribo, ne fissò il limite fino a 19 linee. Lo schiacciamento del capo del feto morto e ritenuto da pelvi angusta è operazione antica quanto la chirurgia. *Ippocrate* ne fissò le basi nel libro - de exsectione faetus: e ne descrisse il processo e nominò gli strumenti nel primo libro - de morbis mulierum § 83: ed il risorgimento della cefalotrissia a tempi nostri si deve più ad *Assalini* che a *Baudelocque*, più all' Italia che alla Francia, come dottamente ha dimostrato il chiarissimo Prof. *Palasciano* in una lettera diretta al *D. V. de Paoli*. Archivio di Chirurgia pratica vol. IX, pag. 42.

A questo grado di strettezza è evidentemente confidar troppo nello istrumento, e tale confidenza può condurre ai più crudeli disinganni.

Jacquemier dice « Mais il est ordinairement impossible de l' employer, même pour écraser la téte, lorsque le bassin est réduit au point de n' avoir, dans son diamétre le plus rétréci, que quelques lignes de plus que les dimensions des cuillers de l' instrument, parceque l' élévation de la tête, sa projection en avant per l'angle sacro-vertébral, alors même qu'on pourrait introduire les branches, permettraient rarement de les placer de maniére á la saisir, sans qu' elle échappe soit en articulant, soit en rapprochant les manches. Et, pour l'employer á la fois comme agent de compression et d' extraction, il faut que le bassin conserve une assez grande ampleur, sans quoi on expose la femme á tous les dangers des instruments

les plus meurtriers; et si l' on parvient á la délivrer, ce n' est qu' á la condition d' employer une violence extraordinaire ». E termina dicendo « Je ne crois point exagérer les difficultés et les dangers inhérents au céphalotribe en disant qu' aux degrés de retrécissement du bassin qui nécessitent l' écrasement de la base du crâne on est exposé, malgré l' evacuation de la matiére cérébrale, á rencontrer un assez grand nombre de cas ou il sera impossible, soit de placer l' instrument, soit de le faire agir d' une maniére efficace sans employer une violence extraordinaire, quoique le petit diamétre ait plus de 2 pouces. (*Jacquemier* Manuel. des accouchements, vol. 2, pag. 431 e 435).

Velpeau ritiene, che il cefalotribo diverrà un soccorso prezioso in tocologia purchè non lo si applichi senza essersi assicurato prima e certamente della morte del feto. Esso deve bastare per tutti i casi iu cui la sinfisotomia sarebbe indicata, o in quelli che il parto prematuro avrebbe potuto condurre a buon fine. Esso terrà luogo parimenti dell' operazione cesarea finchè i diametrl minori del bacino non saranno ridotti a meno di due pollici (0^m054), oltre questo limite dubito che non si possa aspettarne alcun giovamento. (*Velpeau,* trattato completo di ostetricia, pag. 773).

Dubois e *Depaul* similmente ne fissano l' estremo limite a due pollici (0^m054) al disotto del quale la estrazione del feto attraverso le vie naturali è difficile e talmente pericolosa, che credono la operazione cesarea una risorsa meno disperata.

Ritiene il *Cazeaux* a due pollici meno qualche linea l' ultimo limite per l' applicazione del cefalotribo; e a questo grado di strettezza pelvica, egli dice, la operazione quantunque possibile presenta sovente difficoltà considerevoli e talvolta insormontabili. (*Cazeaux,* Ostetricia, pag. 602).

Secondo il *Balocchi* « questo istrumento non può essere applicato senza gravi difficoltà e pericoli quando il diametro più ristretto ha meno di due pollici (0^m054) ». (*Balocchi*, Ostetricia pag. 767).

Per la cefalotrissia, dice *Braun*, si richiede che la strettezza pelvica non sia tale da scendere al disotto del limite tra i due pollici e mezzo (0^m067) ed i due pollici (0^m054). (*Braun*, trattato completo di ostetricia, versione italiana dei Dottori *Lepidi* e *Filippone* , con note ed aggiunte del Prof. *Giustino Mayer*, parte 3, pag. 184).

È necessario, scrive *Scanzoni*, che il bacino abbia almeno due pollici e mezzo (0^m 067) nel più breve diametro, diversamente la madre correrebbe gravissimi pericoli, e ci pensiamo che niun ostetrico oserebbe intraprendere la operazione sotto tali condizioni. (*Scanzoni*, Sunto teorico-pratico di ostetricia, versione del Prof. *G. Mayer* con aggiunte di *A. Finzio*, pag. 336).

De Rensis dice: che il cefalotritore può trovare la sua indicazione in quei casi in cui per partorire a feto vivo sarebbe necessaria la sinfisotomia, o certamente quando il minor diametro non fosse meno di due pollici (0^m 054). *De Rensis* e *Ciccone*, Patologia chirurgica, tom. VI pag. 251).

E finalmente il *Morisani*, considerando che il feto morto è più facilmente compressibile, è di parere che si potrebbe tentare di schiacciare la testa anche quando il diametro antero-posteriore avesse 20 linee di estensione. Che se ad un primo tentativo si trovavano molte difficoltà per la introduzione delle branche, o per la esecuzione della manovra sul capo, senza ostinarsi converrà estrarre lo istrumento ed agir sulla madre. E poi soggiunge, che il pericolo della cefalotrissia vuole essere ancora apprezzato in rapporto col periodo del travaglio in cui si opera. Avviene di questa come di tutte le operazioni ostetriche. Quando il travaglio è durato qualche tempo, sicchè la donna è spossata, e la testa spinta da vigorose ma inutili contrazioni ha maltrattato e contuse le parti genitali, i pericoli son gravissimi, e molto limitate le probabilità di riuscita. (*Morisani*, Tesi per il concorso alla cattedra di ostetricia, pag. 132).

Solo il *Pajot*, per evitare i pericoli della cefalotrissia nei gravi vizii del bacino, ha proposto la cefalotrissia ripetuta senza trazioni, estendendone la indicazione fino ad un pollice (0^m 027). Io non so se a questo estremo grado di strettezza pelvica, comunque schiacciata fosse completamente la testa con dieci o dodici applicazioni del cefalotritore, possa spontaneamente assolversi il parto e riuscire innocue le ripetute applicazioni dello istrumento; certo è però che dei primi casi citati dall' autore non un solo potè terminare felicemente, anche con quasi due pollici (0^m 054).

Pare adunque, dalle cose di sopra esposte, che l'estremo limite assegnato alla cefalotrissia dalla maggior parte degli ostetrici sia di due pollici (0^m 054) senza però disconoscere che a questo grado di angustia pelvica l' ope-

razione riesce difficile e spesse volte mortale. Ed è perciò che bene a ragione il Prof. *Testa* dice « noi entro il limite di due pollici (0m 054) due pollici e mezzo (0m 067) accettiamo a feto morto l' operazione di alleanza, val quanto dire praticare prima il taglio della sincondrosi pubica per rendere poi possibile la embriotomia ». (*Testa*, Tesi per il concorso della cattedra di ostetricia pag. 82).

Ciò premesso ne risulta evidentemente che nella Rosa Meglio, il di cui diametro sacro-pube misurava appena linee 22 (0m 049) la sola cefalotrissia non poteva praticarsi con felice risultamento. E se a ciò si aggiunge l' epoca del travaglio del parto, le alterazioni delle parti genitali, e lo stato generale della donna nel momento dell' operazione, credo non errare ritenendo che se la cefalotrissia, preceduta dalla craniotomia, fosse stata possibile avrebbe certamente menata a morte la madre. Ed a convalidare tale mia opinione il Prof. *Martino* scriveva: più che una ferita, più che una divisione di cartilagine, ed anche di cartilagine ossificata, più che un divaricamento troppo spinto degl' ischi, bisogna a mio parere prevenire i maltrattamenti dell' utero, organo così delicato e così interessante all' economia della donna, e che nell' epoca in cui è quistione, è divenuto come centro di tutta la sua vita. (*Martino*, Nota circa due casi di distocia).

E però resta senza dubbio abbastanza provato che la guarigione della Rosa Meglio devesi alla unione della sinfisotomia e della cefalotrissia, e che queste due operazioni non sono al certo per se sole tanto pericolose, quanto il taglio cesareo.

Osservazione 2ª — Parto prematuro artificiale e sinfisotomia.

La nominata Luisa Attiola, di Napoli, d' anni 30, deformata da rachitismo, alta appena un metro e sette centimetri, primipara, fu ricevuta nella sala ostetrica dell' Ospedale degl' Incurabili il giorno 18 Settembre 1872. Osservata la suddetta Attiola, notai che il diametro sacropube era di pollici due (0m 054) per la grande deviazione della sporgenza sacrale in avanti ed a sinistra, lordo-scoliosi, in modo che non solo il diametro antero-posteriore, ma ancora lo spazio sacro-cotiloideo sinistro era più accorciato rispetto a quello destro. Il diametro cocci-pubico era di pollici tre ed un quarto (0m 088) il bis-ischiatico di pollici tre (0m 081). Notai ancora esservi tale stato delle articolazioni coxo-femorali, da non permettere pun-

to il divaricamento delle coscie (1). Fatto il riscontro vaginale, non mi fu dato sentire presentazione alcuna, ma mediante la palpazione addominale e l' ascoltazione, diagnosticai che il feto si presentava pel tronco.

In tale caso di grave angustia pelvica il taglio cesareo sarebbe stata la necessaria ed estrema risorsa per quella infelice, allora quando la gravidanza fosse giunta al suo termine. Ma presentatasi la Luisa Attiola alla mia osservazione al settimo mese di gestazione, mi porgeva la desiderata opportunita di mettere in pratica la proposta alleanza del parto prematuro artificiale e della sinfisotomia. Convocati a consulto i professori *D' Avanzo, Iacolucci, Caccioppoli*, *D' Erchia*, *Tesorone* e *Martino*, manifestai loro la mia idea, la quale venne unaninamente approvata, dopo che ebbero verificata la misura del viziato bacino.

Apparecchiata la donna con qualche bagno ed un purgante, il giorno 22 diedi principio al parto prematuro col metodo misto, cioè delle iniezioni vaginali, *Kivisch*, e della dilatazione dell' orificio uterino colla spugna preparata, detto di *Kluge*, ma che in verità appartiene a *Bruninghausen* che lo propose nel 1820. *Siebold* eseguì il primo, e *Kluge* nella sua qualita di Direttore della Carità in Berlino, contribuì solo a diffonderlo universalmente. Le iniezioni furono fatte mattina e sera, della durata di 15 minuti, e con acqua calda a 28 gr. R.

Il giorno 24 cominciarono i primi dolori, ma lenti ed a lungo intervallo, e tali si mantennero fino alle 10 ant. del giorno seguente, ora in cui, fatta la consueta iniezione, e cominciata essendo la dilatazione dell' orificio uterino, applicai la spugna preparata, e per tenerla fissa feci lo zaffamento del solo fondo della vagina con pallottole di filaccia, onde così recare alla donna il minimo incomodo possibile.

---

(1) Tale stato, a quanto pare, persiste anche dopo la guarigione della sinfisotomia. Noi non sapremmo attribuirlo ad altro che alla perdita della elasticità dei legamenti tereti, ed a nessun altro vizio dell' articolazione rispettiva. E tal considerazione rende, a nostro avviso, più splendido il successo ottenuto dell' egregio collega *Nori*.

P.

Alle 7 pom. del medesimo giorno visitata la donna, la rinvenni con dolori frequenti e forti abbastanza: tolto lo zaffo e la spugna verificai che l' orificio dell' utero erasi dilatato quanto un cinque franchi o poco più. Pensai allora abbandonare il resto del travaglio alla natura, sorreggendo sole le forze della partoriente con qualche brodo. La mattina del giorno 26 verso le ore 11 antim. l'orificio uterino era completamente dilatato, la borsa delle acque formata, ma col riscontro vaginale non mi fu dato ancora raggiungere parte alcuna del feto. Proposi allora ai professori *Cacciappoli* e *D' Erchia*, che mi onoravano della loro assistenza, di aprire la sinfisi del pube, e come che le doglie si succedevano energiche e frequenti, rompere dopo la borsa delle acque, per verificare così la presentazione del feto: che se questo si presentasse per uno dei suoi estremi, abbandonare il resto alla natura, se poi la presentazione fosse del tronco, eseguire immediatamente il rivolgimento. Tale mio divisamento approvato essendo dai suddetti Professori, eseguì la sinfisotomia. Non appena fatta la sezione della sinfisi, i due pubi spontaneamente si allontanarono tra loro per circa nove linee, di tanto cioè, per quanto li vediamo che si allontanano allora quando la sinfisotomia praticata viene al termine della gravidanza (1). Rotte le membrane, ebbi dolorosamente a confermare la presentazione della spalla destra, in seconda posizione, cefalo o acromio iliaca destra. Fu allora necessità alle due prime operazioni aggiungere ancora la terza, cioè il rivolgimento, operazione che se non aumentava di molto i pericoli per la madre, metteva al certo in forse la già vacillante vita del feto settimestre.

Mi fu impossibile introdurre la mano per eseguire il rivolgimento dalla parte laterale sinistra del bacino per la grave angustia di questo lato, penetrai allora per la parte laterale destra nella cavità uterina, e non potendo

---

(1) L' allontanamento spontaneo dei pubi fra loro vuol dire che non fu adoperata forza meccanica per ottenerlo: e che fu la sola forza di gravità degli arti inferiori che la produsse. Dunque il raccorciamento dei legamenti tereti in questo caso fu provvidenziale, perchè contribuì grandemente all' allontanamento dei pubi dopo la sinfisotomia.

P.

giungere fino ai piedi, uncinai con due dita un ginocchio e lo portai in vagina. Cambiata così la presentazione della spalla in presentazione pelvica, posizione sacro-iliaca sinistra, un' altra difficoltà sorgeva per l' estrazione del feto, cioè, che in questa posizione la parte più voluminosa della testa, l' occipite, si sarebbe trovata in rapporto colla meta laterale sinistra del bacino, che era la più ristretta.

Ad ovviare ciò decisi, nel tempo dell' estrazione del feto, imprimere al medesimo un movimento di rotazione da sinistra a destra, e così cambiare la posizione sacro-iliaca destra anteriore, il che mi venne fatto eseguire senza difficoltà alcuna. Il feto escì asfittico: nè valsero cure a poterlo richiamare in vita: morì dopo un' ora.

Estratte le secondine, misurai il massimo divaricamento avvenuto fra i due pubi, e questo era di linee 22.

Ravvicinati i pubi, medicata la ferita e fasciata la donna, fu portata nel suo letto di puerperio.

Nessun incidente ebbe a verificarsi, la ferita fin dalla prima medicatura si mostrò di buon aspetto, il giorno 28 Ottobre la Luisa Attiola lasciò il letto, ed il giorno 8 Novembre partì dall' Ospedale perfettamente guarita.

Questo caso di parto prematuro provocato al settimo mese di gravidanza e di sinfisotomia, per la prima volta, per quanto è a mia conoscenza, posto in pratica, prova ad evidenza che il parto prematuro artificiale e la sinfisotomia uniti insieme non sono più gravi dell' unica cesarea, e che il taglio della sincondrosi pubica fatto al settimo mese di gestazione dà i medesimi risultati d' ingrandimento del bacino che dà quando la gravidanza è giunta al suo termine.

Ed ecco per queste due osservazioni di sinfisotomia ed embriotomia, di sinfisotomia e parto prematuro artificiale, eseguite da me felicemente contro il parto cesareo, dileguati i dubbi ed i timori, che con ragione (1) furono elevati.

---

(1) I lettori vorranno tener conto all' A. della ponderazione con cui ha preceduto nel suo lavoro e della sobrietà e rigore delle deduzioni che ne cava. Noi abbiamo molte volte discusso oltremonti sul valore

Ed ora che la pratica ha risposto favorevolmente alla bontà della teorica, credo essere giunto il tempo in cui le indicazioni dal Prof. *Iacolucci* proposte per rimediare ai gravi vizii del bacino potrebbero elevarsi a canone generale scientifico, e le norme per la direzione dell'ostetrico dovrebbero essere quali il medesimo le ha formulate, cioè:

1. Che quando il diametro sacro pubico è di due pollici (0m 054) fino a due pollici e cinque linee (0m 065), per evitare il parto cesareo si deve combinare la sinfisotomia col parto prematuro provocato al settimo mese di gestazione.

2. Che da due pollici e mezzo (0m 067) a due pollici e dieci linee (0m 077) si deve preferire il parto prematuro provocato, ma che da questo punto a tre pollici ed un quarto (0m 088) si deve preferire la sinfisotomia al nono mese compito.

3. Che nel caso la donna si presenti all' ostetrico al nono mese di gravidanza con un vizio anche di due pollici e mezzo (0m 067) devesi eseguire la sinfisiotomia.

4. Che ne' casi ne' quali il vizio esiste tanto allo stretto superiore quanto all' inferiore, e che quivi il diametro bis-ischiatico fosse ridotto a due pollici (0m 054), benchè si presentasse la donna al settimo mese, devesi aspettare il termine della gravidanza per eseguire il taglio della sinfisi.

5. Che sopra tre pollici ed un quarto (0m 088) si deve ricorrere al forcipe, ammeno che per parti precedenti l' ostetrico non sia istruito che il feto non può escire vi-

---

terapeutico della sinfisotomia, e negli avversarii di questa operazione non abbiamo mai avuto ad ammirare uguale ponderazione e sobrietà. Ed è meraviglioso come scienzati eminenti, quale lo *Stolz* decano degli ostetrici francesi, abbiano costantemente ricusato e ricusino d' intender ragione in favore della sinfisotomia. Se non ci fosse la quistione dell' etere e del cloroformio e quella della vaccinazione animale, si potrebbe ritenere che la quistione della sinfisotomia è quella in cui gli avversari sono i più ostinati nella ribeliione contro la ragione e la verità.

P.

vente con quel mezzo, nel qual caso pure la sinfisotomia dovrebbe essere eseguita.

6. Che quando il feto è vivente sotto i due pollici ($0^m 054$) non vi ha altra risorsa che l' operazione cesarea.

7. Che quando esso è morto sotto i due pollici deve combinarsi la sinfisiotomia alla embriotomia per evitare il parto cesareo.

8. Finalmente che quando il vizio del bacino è tale che la sinfisotomia non può rendere possibile l' embriotomia, benchè il feto sia morto, si deve eseguire il taglio cesareo.

STATISTICA DELLE OPERAZIONI DI SINFISOTOMIA

eseguite nell' Ospedale degli Incurabili in Napoli dal 1° Gennaio 1866 al 26 Settembre 1872

Cognome e Nome delle operate	Vizio del Bacino Diam. ant. post.	Presentazione	Esito delle Operazioni Feto	Madre	Osservazioni
Napolitana Anna	p. 3 0m 081	Testa	Vivo	Guarita	
Esposito Anna	p. 3 0m 081	Testa	Vivo	Guarita	
Attanasio Gaetana	p. 3 0m 081	Pelvica	Morto	Guarita	
Esposito Francesca	p. 3 0m 081	Pelvica	Morto	Guarita	
Bardonisca Carolina	p. 3 0m 081	Testa	Vivo	Guarita	
Pugliese Brigida	p. 3 0m 081 bis-ischiat. 0m 040	Pelvica	Morto	Morta	metro-peritonite
Esposito Concetta	p. 3 0m 081	Testa	Vivo	Guarita	
Cuosta Teresa	p. 8 0m 081	Tronco	Morto	Guarita	
Buongiovanni Anna	p. 2 3[4 0m 074	Testa	Vivo	Morta	metro-peri-
Borghese Rosa	p. 2 3[4 0m 074	Tèsta	Vivo	Guarita	tonite
Nocera Nunzia	p. 2 3[4 0m 074	Testa	Vivo	Guarita	
Falco Maria	p. 2 3[4 0m 074	Testa	Vivo	Guarita	
Tarallo Filomena	p. 2 3[4 0m 074	Testa	Vivo	Morta	peritonite
Artusio Caterina	p. 2 3[4 0m 074	Testa	Vivo	Guarita	
Angiana Maria	p. 2 3[4 0m 074	Testa	Vivo	Morta	flemone iliaco
Bruno Rachela	p. 2 lin. 7 0m 069	Testa	Vivo	Guarita	con fistola
Monte Rosa	p. 2 1[2 0m 067	Testa	Vivo	Guarita	vesc. vag.
Romano Vincenza	p. 2 1[2 0m 067	Testa	Vivo	Guarita	metro-peritonite
Viola Angela	p. 2 1[2 0m 067	Testa	Vivo	Morta	metro-peri-
D' Angelo Grazia	p. 2 1[2 0m 067	Testa	Vivo	Guarita	tonite
Avossa Teresa	p. 2 1[2 0m 067	Tronco	Morto	Gua.(1)	
Basilica Pasqualina	p. 2 1[4 0m 061	Testa	Vivo	Guarita	
Castellano Maria	p. 2 1[4 0m 061	Testa	Vivo	Guarita	
Bruno Rachela	p. 2 lin. 7 0m 069	Testa	Vivo	Guarita	operata la 2ª volta sinfisot. e cefalotriss. a feto morto
Meglio Rosa	p. 1 lin. 10 0m 049	Testa	Morto	Guarita	
Attiola Luisa	p. 2 0m 054	Tronco	Vivo	Guarita	parto prem. sinfisotomia e feto morto dopo un ora.

(1) La nominata Avossa è stata per la seconda volta operata dal *Novi* il dì 29 Agosto 1873: è guarita per adesione immediata, ed uscita dallo Spedale il 19 Settembre. Gli avversari della sinfisiotomia faranno bene a non dimenticar questa notizia. *P.*

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Anno Accademico 1873-74

1ª Sessione ordinaria, 6 Novembre 1873

Gli studi anatomo-patologici e clinici sugli aneurismi che emanano dalle arterie del capo, non avendo per anche toccato quel grado di perfezione per cui con profitto può la scienza essere applicata alla pratica, persuasero l' Accademico Presidente, Signor Comm. ***Francesco Rizzoli***, ad esporre gli studi da lui fatti — *Sopra un aneurisma artero-venoso, attraversante la parete del cranio, costituito da un grosso ramo dell' arteria occipitale sinistra e dal seno trasverso destro della dura madre, non che di un altro aneurisma e di ferite pure dell' arteria occipitale.* —

L' Accademico trattandosi di un caso, che non ha riscontro negli Annali della Scienza in altri analoghi, pone ogni diligenza nel raccogliere le cognizioni e gli insegnamenti che si hanno sugli aneurismi intracranici dall' illustre *Morgagni* fino ai nostri giorni, pur tenendo conto delle recenti osservazioni d' istologia normale e patologica che possono valere in molti casi a dare ragione delle dilatazioni aneurismatiche delle arterie cerebrali e delle susseguenti emorragie che ne derivano. Fra i casi ricordati di aneurismi nell' interna cavità del cranio non vuolsi dimenticato quello, raccolto dal Dott. *Fossati* a Parigi di un voluminoso aneurisma dell' arteria basilare, che volle donato alla nostra Società Medico-Chirurgica, benchè ne avesse richiesta per il famoso Museo *Dupuytren*.

Poste così in sodo le cognizioni possedute dalla Scienza sugli aneurismi intracranici, passa l' Accademico a ricercare le difficoltà che s' incontrano per stabilirne l' esatta diagnosi, e notato come da alcuni siasi affermato che la percussione e l' ascoltazione non abbiano per anche

giovato per l' esame e pel giudizio delle malattie interne del cranio, ne conferma invece l' utilità per propria esperienza, convalidando così le osservazioni già fatte dal *Giraudet* e dall' *Holmes* sopra lo stesso argomento.

Spianata così la via, l' Accademico passa a descrivere colla maggiore esattezza il caso da lui osservato in una fanciulla di otto anni, e accennando ora soltanto per sommi capi, all' anamnesi ed alla sintomatologia raccolta dall' esame dell' inferma e dall'Accademico descritta gioverà notare, come la detta fanciulla dopo essere stata per più ore in un giorno esposta col capo scoperto ai cocenti raggi del sole, ne ebbe ben presto a patire sbalordimento, e intenso dolore di capo con vomito, poi perdita dei sensi e convulsioni che durarono per alcuni giorni. Per poco parve ristabilirsi in salute, che dopo due settimane riapparvero gli stessi fenomeni morbosi che cedevano e ritornavano con pari gravezza ogni 15 o 20 giorni. Durò questo stato di cose senza alcun soccorso circa tre mesi, quando la madre si accorse che erasi manifestata una piccola tumidezza alla regione occipitale della fanciulla, che andò col tempo mano mano aumentando, nel tempo stesso che gli accessi si facevano anche più gravi e minacciavano la vita dell' inferma. Fu dopo sette mesi di così gravi sofferenze che la fanciulla fu condotta all'Accademico per la cura nello Spedale Maggiore.

L' esame minuto e la descrizione dello stato dell' inferma, specialmente per quanto ha attinenza coi disordini osservati nelle funzioni nerveo-muscolari e sensorie, è del più alto interesse per il caso clinico dall' Accademico studiato, perchè valse a chiarire molte incertezze diagnostiche, le quali sorgevano quando si ebbe a stabilire, se le turbe nervose che di tempo in tempo insorgevano erano indipendenti o legate invece col tumore che erasi sviluppato alla nuca. Partiva il detto tumore da sinistra a due dita trasverse dalla linea mediana del capo e si estendeva a destra fin quasi all' apofisi mastoide, lungo 9 centimetri e alto 3 nella sua parte centrale che era la più alta. Inalterata la pelle che lo copriva, appariva il tumore pulsante, e al tatto faceva sentire come un tremito o frizzo, che diminuiva o cessava a seconda della pressione che sul tumore si esercitava. L' ascoltazione nella parte mediana più elevata del tumore, faceva sentire un soffio espansivo piuttosto forte che rilevavasi ancora nell' interno del cranio ed era isocrono col cuore. Cessava comprimendo la carotide sinistra e con questo la mole del tumore diminuiva.

La porzione dell' osso occipitale sottostante al tumore era notevolmente incavata a sinistra ed a destra, ed in corrispondenza della maggiore elevatezza esterna del tumore, riscontravasi un' apertura circolare nell' osso occipitale del diametro di un centim. e sette millim. Fu giudicato il tumore per un' aneurisma attraversante l' occipite ed intracraniale ricoperto da diramazioni arteriose dell' occipitale dilatate e per maggiore sicurezza di diagnosi si saggiò il tumore collo schizzetto di *Pravaz*, ed il sangue arterioso che venne estratto senza alcun danno per l' inferma, confermò pienamente la diagnosi fatta.

Le difficoltà maggiori incontrate e vinte dall'Accademico furono per determinare e precisare la diramazione arteriosa dell' occipitale dalla quale sorgeva l' aneurisma, che per la località ove trovavasi, avrebbe fatto credere appartenere all' arteria occipitale destra, mentre invece apparteneva alla sinistra.

Sventuratamente una tanta precisione di diagnosi che avrebbe tanto giovato per la cura dell'aneurisma rimase infruttuosa, che lesioni cerebrali ben gravi e indipendenti dall' aneurisma erano quelle che sostenevano la malattia della fanciulla e che aggravandosi le tolsero in breve tempo la vita.

L' esame anatomico del capo della morta fanciulla affidato al Sig. Prof. *Cesare Taruffi*, fu condotto colla maggiore possibile accuratezza, il quale unitamente all' Accademico e ad altri colleghi presenti, confermò l' esistenza di antiche e gravi alterazioni nel cervello e cervelletto che avevano originato i fenomeni gravissimi che cagionarono la morte della fanciulla dimostrando ancora l'esattezza delle particolarità alle quali si è accennato intorno alla formazione dell' aneurisma. Le minute particolarità anatomo-patologiche delle quali è piena questa parte importante del lavoro dell' Accademico potrebbero essere qui riportate, ma non compendiate e si dirà soltanto delle cose dall' Accademico notate riguardo all' aneurisma.

« Nella superficie interna poi dell' osso occipitale si rinvenne una particolare anomalia, giacchè il braccio sinistro della croce era più basso del destro e lo stesso dicasi dei corrispondenti angoli. Immediatamente a destra ed in alto della eminenza crociata biforcando la linea perpendicolare rinvenivasi un' ossea apertura comprendente tutta la spessezza dell' occipite, e che metteva in comunicazione la cavità del sovrastante aneurisma coll' interno del cranio. Questa apertura pressochè circolare era più angusta allo interno e quivi avea i suoi diametri della lunghezza di circa sette millimetri, allo esterno era più ampia ed i suoi

diametri misuravano centim. 1 e 7 millim. Invece a sinistra della eminenza crociata sotto l' origine della linea trasversale di questo medesimo lato rinvenivasi una piccola lacuna a margine quasi circolare del diametro di 3 millim., la quale si approfondava in modo da comprendere buona parte della spessezza dell' osso.

« Di contro questa piccola lacuna, e di contro l' ampio osseo foro che rinvenivasi a destra, trovavasi l' origine dei due seni trasversi della dura madre di cui il destro era più grosso e rimaneva più alto del sinistro in causa della anomalia offerta dalla croce dell' osso occipitale. Ambedue i seni erano pertugiati nella loro origine, ma il pertugio di sinistra era più angusto di quello che nol fosse quello di destra. Mediante esso pertugio il sinistro versava alcune stille di sangue nella corrispondente piccola occipitale lacuna, ed il destro si poneva in comunicazione col sacco aneurismatico mediante l' intermedio foro craniale di questo lato. Avendo tolta la cute alla regione posteriore del capo si poterono allora facilmente scuoprire le arterie occipitali, delle quali la sinistra invece d' assottigliarsi allontanandosi dal suo punto d' origine progressivamente si ingrossava e diveniva tortuosa in ispecial modo in corrispondenza del tubercolo occipitale esterno e mandava fra gli altri un grosso ramo a forma serpentina a destra al quale inferiormente dirigevansi alcuni esilissimi ramoscelli della occipitale destra. Quel grosso e serpentino ramo poi finiva per aprirsi sotto il pericranio in corrispondenza alla formatasi ampia apertura craniale, il quale pericranio rialzatosi veniva così a formare la parete esterna del sacco aneurismatico, mentre poi la parete interna era costituita dall' orlo dell' indicata apertura craniale, e profondamente dal seno trasverso destro della dura madre che comunicava coll' aneurisma mediante il pertugio in esso seno esistente. Allo interno orlo poi dell' osseo forame inferiormente sorgeva un canale che rimaneva nascosto entro le pareti dell' osso occipitale, della lunghezza di centim. 3, il quale canale forse avea rinchiuso un vaso sanguigno, di cui però non rimanevano patenti traccie.

« Da tutto questo adunque risultava che le varie e profonde lesioni rinvenute nel cervello e cervelletto originarono i fenomeni gravissimi che furono cagione della morte della fanciulla, mentre poi rimase manifesto che anche nella diagnosi dell' aneurisma errore alcuno non si era commesso. Noi trovammo infatti che l' arteria occipitale sinistra fattasi cirsoidea erasi in realtà slanciata con parecchi dei suoi rami a destra. Noi scuoprimmo quel ramo serpentino più grosso spedito pure a destra dall' occipitale sinistra, e che apertosi sotto il pericranio avea

così dato luogo alla formazione del sacco aneurismatico, il quale perciò mentre la fanciulla fu in vita, cessava di pulsare comprimendo quel ramo serpentino stesso in prossimità dell' origine dell' aneurisma, non che comprimendo la carotide sinistra, nel quale ultimo caso se pure in alcuni momenti ci parve di sentire nel tumore un debolissimo sofflo, potea allora il medesimo attribuirsi alle esili comunicazioni vascolari che quel serpentino ramo avea inferiormente colla occipitale destra. Noi confermammo che quell' aneurisma era in perfetta comunicazione colla apertura ampia craniale, e vedemmo che mediante piccolo pertugio esistente nel seno trasverso destro esso tumore era davvero in diretta relazione col seno medesimo. Il quale fatto mentre convalidava il sospetto da noi emesso, e cioè che sentendosi forte il soffio aneurismatico nelle varie regioni intracraniche della nostra inferma, e quindi anche a molta distanza dall' aneurisma, che d' altronde era piuttosto piccolo, potesse perciò il soffio medesimo attribuirsi alla sottigliezza delle ossee pareti del cranio stesso fors' anche ad aneurisma arterioso-venoso. Chiediamo però venia se intorno a ciò allo istante recisamente non ci pronunziammo, e nol facemmo perchè quel rumore non era, come si disse, quale nell' aneurisma arterioso e venoso si addice ».

Intorno al modo mercè del quale potè effettuarsi l'erosione dell'osso occipitale, analizzati i fatti analoghi osservati dal *Beikert* e dal *Demme*, viene l' Accademico nella conclusione che nel caso da lui osservato, le ossee erosioni si fossero ordite non solo dai seni stessi, ma anche dall' arteria aneurismatica, fondando questa sua sentenza sull' esame scrupoloso del pezzo patologico, e le minute ricerche fatte sono poscia applicate alla pratica per dimostrare come in altri casi analoghi, e non congiunti a gravi alterazioni dell' encefalo come lo erano nel caso dall' Accademico studiato, l' arte chirurgica avrebbe modi per togliere anche consimili gravissime infermità, e a confermare questo suo giudizio da alcuni in senso lato contradetto *(Holmes)*, riporta altri casi di guarigioni da lui ottenute di aneurismi e di gravi ferite dell' arteria occipitale. Premesse anche per questi casi le cognizioni scientifiche e pratiche che sono in dominio della scienza chirurgica, narra di un' aneurisma dell' occipitale, consecutivo a ferita della detta arteria, che fu da lui guarito completamente mercè la compressione diretta sul tumore, coadiuvata colla compressione digitale periodica della carotide primitiva corrispondente, continuata per sei giorni, e da ultimo porta la storia di due casi di ferita dell' arteria occipitale con gravissima emorragia, nel primo dei quali non potevasi scorgere il punto preciso da cui il sangue

scaturiva. Riescito l'Accademico a frenare la emorragia comprimendo fra il pollice e l'indice della mano sinistra il lembo esterno della ferita verso la sua metà, lo attraversò quivi mediante un lungo spillo ricurvo nella sua punta e giratovi attorno strettamente un cordoncino si arrestò lo sgorgo del sangue, e mercè la spillo-pressione adoperata e mantenuta per tre giorni evitato il pericolo della emorragia, fu in breve tempo sanata la ferita anche esternamente.

Nell'altro caso consimile e gravissimo di ferita lacero contusa alla regione occipitale ebbe l'Accademico ricorso alla spillo-pressione che fu eseguita mediante tre spilli insinuati in modo da attraversare e comprendere a tutta spessezza i tessuti feriti, e strettili con un cordoncino giratovi attorno, l'emorragia venne arrestata. Mantenuto l'apparecchio compressivo per tre giorni anche in questo caso in breve tempo fu ottenuta la guarigione completa dell'inferma.

2ª *Sessione ordinaria, 13 Novembre 1873*

L'Accademico pensionato Dott. Cav. *Ferdinando Verardini* richiamato un piego sugellato da lui presentato nella Sessione delli 10 Aprile 1873 e riconosciutolo intatto venne da lui stesso aperto. Invitato il Segretario a dare lettura del contenuto, vi si trova fatto cenno di una *Leva articolata e decollatrice*, che forma l'argomento della Memoria che con questo titolo legge nella odierna sessione.

Quantunque gli studi dell'Accademico suddetto siano per la più parte diretti su cose relative alla Medicina Clinica, tuttavia varie volte intrattenne anche il nostro Sodalizio scientifico con argomenti diversi, e massime intorno a gravi investigazioni d'ostetricia teorico-pratica.

Il tema prescelto in questo anno mostra quanta deferenza abbia il *Verardini* per tale ramo delle scienze salutari, e noteremo che dopo avere esso con molta chiarezza riassunto l'importante lavoro del Prof. *Fabbri* « Sull'uso ragionevole della Leva » che qui recitò dieci anni or sono, e così varii altri lavori di illustri Ostetrici nella parte che risguarda la Leva stessa, al fine però di addimostrare vieppiù l'importanza di questo Istrumento e di allargarne l'uso, presentò il *Verardini* all'Accademia la *nuova Leva articolata e decollatrice* da esso lui immaginata. Di essa minutamente ne descrisse la congegnatura, ne fece palesi le prove fatte sopra un cadaverino di feto nonimestre insinuato e disposto convenevolmente per entro adattato apparecchio, le quali riescirono per-

fettamente. Poscia passò in esame la Storia della Leva, a ricavarne se altri mai aveva pensato ad analogo strumento e conoscerne i risultati.

Le disamine estesamente praticate su questo proposito fecero apprendere al disserente che solo un' Ostetrico Inglese nel 1786, lo *Aitken* aveva proposta ed usata una sua piccola Leva, la quale si prestava ad una qualche articolazione; però ch' era caduta affatto affatto in disuso, ed era dimenticata; siccome lo provano tutti i Trattati esaminati, non escluso il lavoro encomiato del *Fabbri*.

Laonde se al nostro disserente è tolto di qualche guisa il merito d'un primato sul concetto astratto, gli rimane però quello rilevantissimo d'avere primo su tutti richiamato il pensiero dell' *Aitken*, perfezionandolo, e di avere pensato e fatto costruire uno strumento in modo diverso articolato, più efficace, sicuro, robusto, privo degli inconvenienti inerenti alla Levina Inglese. Il quale Strumento offre anche le pregevoli qualità di adattarsi (convenevolmente abbracciandole senza mai scostarsene) sulle parti a cui viene applicato in maniera, afferma il *Verardini*. da potersi prestare in varie e difficili circostanze, ed alloraquando la Leva comune, retta o curva che siasi, non torna possibile di poter essere adoprata.

Col presente lavoro ebbe adunque in mira il *Verardini* di richiamare l' attenzione degli studiosi sull' uso ragionevole della Leva, e ad estenderne e facilitarne l' addottazione propose il suo nuovo Istrumento, il quale in virtù del particolare meccanismo di cui è composto si presta facilmente per essere insinuato, sia a mo' di Leva retta, sia di Leva curva, non che in varii incontri quale uncino. Inoltre ha l' ulteriore prerogativa di potere servire a decollare o dividere il corpiccino del feto, in quanto che mediante una molla incastrata nel centro della Leva stessa e movibile, la quale vale a far passare attorno al collo od al corpo del feto, già morto, *uno sverzino*, si riesce a staccarne il capo, ossivero a dividerne il corpo.

Cose tutte che insieme riunite rendono più importante questo nuovo Strumento proposto, e che di molto contribuiranno all' utile progresso dell' ostetricia pratica, confermate che siano dalla ripetuta esperienza.

Terminata la lettura, l' Accademico Dott. *Cesare Belluzzi* esprime al Dott. *Verardini* il desiderio che nel suo lavoro sia detto, che il meccanismo aggiunto alla sua Leva articolata, è quello del decollatore da esso *Belluzzi* presentato nel 1867 alla Società Medico-Chirurgica di Bologna, e che fu da lui adoperato con esito felice in un caso gravissimo

di presentazione di spalla, come ebbe a narrare il Dott. *L. Golinelli* nel Bullettino che si pubbiica dalla detta Società.

L' Accademico Dott. *Verardini* dichiarò che ben volentieri accoglieva l' invito che gli veniva fatto dal collega Dott. *Belluzzi*.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Formole dell' acido fenico.

L' acido fenico (C^6H^6O), chiamato anche *acido carbolico*, *fenolo*, *idrato di fenile*, e oggi molto impiegato in medicina. La sua azione sopra i tessuti è molto astringente e persino corrosiva; concia la pelle e le mucose, che rende imputrescibili. È un potente disinfettante ed antisettico. Quando è puro, l' acido fenico si presenta in cristalli setacei incolori, però quello del commercio ha quasi sempre un color rossastro dovuto ai corpi pirogenati che lo accompagnano. Fonde a + 35, ha un forte odore di creosoto.

Le formole farmaceutiche più comunemente adottate sono le seguenti:

Pozione d' acqua fenica

Acido fenico	1
Acqua	1000

Acqua fenica per uso esterno

Acido fenico	1
Acqua	100

Pozione fenica di Dusseau

Acido fenico cristallizzato .	0 15
Acqua distillata . . .	1000
Acqua di fiori d' aranci .	10
Sciroppo di corteccia d'aranci	40

Si prende in tre volte nello spazio di due ore contro il cholera.

Sciroppo fenico

Acido fenico cristallizzato	.	1
Acqua	. . . . .	375
Zuccaro	. . . . .	625

Si faccia s. l' arte.

Clistere fenico di Dusseau

Acido fenico cristallizzato	.	0 25
Decozione di semi di lino	.	500

Per due clisteri, a due ore d' intervallo, contro il cholera.

Aceto fenico

Acido fenico cristallizzato	.	8
Aceto comune	. . . .	800

Si diluisce nell' acqua per la toeletta.

Linimento fenico di Dusseau

Acido fenico cristallizzato	.	2
Alcool rettificato	. . .	100
Acqua distillata	. . .	100

In frizioni contro il cholera.

Pomata fenica di Parisel

Acido fenico	. . . .	1
Grasso di maiale	. . .	40

Contro i geloni.

Pomata fenica di Lemaire

Acido fenico	. . . .	1
Grasso di maiale purificato	.	100

Nelle affezioni della pelle.

(*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino, e Annali di Chimica*).

Disinfezioni e disinfettanti.

In mezzo alla sconfortante diversità di opinioni degli scienziati sulla disinfezione e sugli agenti capaci di attuarla, in mezzo al tanto parlare e, diciamolo pure, al tanto sproloquio che se ne fa dai medici e non medici, nei giornali medici ed in quelli politici; nella deplorabile confusione fra disinfettanti, antisettici, antizimotici; nella singolare facilità, con cui si dà e si riceve, per disinfettante per eccellenza, un miscuglio qualunque che tolga o mascheri l' odore di putrefazione od altro cattivo qualsiasi, si avrebbe veramente bisogno di sapere qualche cosa che fosse il risultato di severe esperienze comparative, e non di concetti astratti o fondati solo sulla proprietà o di impedire la putrefazionc delle sostanze organiche, o di arrestarla o di togliere loro o neutralizzarne o mascherarne la puzza. Questa questione è tuttora troppo *palpitante d'attualità*, che sembrano meritevoli di essere conosciute le seguenti sperienze fatte dal dott. *John Dougall* uffiziale di salute pubblica in Glascow, sulla pretesa azione antizimotica dell' acido fenico, pubblicate nel « The Lancet » sotto il titolo:

Acido fenico e malattie zimotiche

Uno scodellino di puro acido carbolico cristallizzato, liquefatto in una minima quantità di acqua, fu posto sopra una tavola ben vicino ad un sottocoppa alta sei pollici. Entrambi furono coperti con una campana di vetro della capacità di un piede cubico. Dopo 12 ore l' interno della campana essendo ripieno di vapori di acido fenico concentrato, la campana stessa fu sollevata verticalmente, ed un pezzo di vetro, sul quale era stato posto un po' di linfa vaccinica (di reazione alcalina), fu collocato sulla sottocoppa; la campana fu di nuovo rimessa in sito, e nel centro di questa si trovò la linfa vaccinica, che vi fu lasciata per 36 ore. Dopo questo tempo la linfa, ridotta in una crosta opalina, fu rammollita con un po' d' acqua e di glicerina (di reazione neutra) e suggellata in tubi capillari. Dopo alcuni giorni un ragazzo fu vaccinato col contenuto dei tubi, con successo completo; colle vescicole ottenute si riempirono 12 tubi. La linfa di due di essi tubi fu in appresso mescolata, sopra un vetro con un po' di soluzione acquosa di acido fenico (2 0[0) (mistura neutra). La miscela, divenuta secca in 12 ore, fu conservata sopra una membrana. Dopo 10 giorni fu rammollita con acqua

ed un ragazzo fu vaccinato con successo completo. Dieci tubi furono riempiti dalle vescicole, la linfa delle quali fu usata per ulteriori vaccinazioni, tutte con esito ottimo.

Fu pure sperimentata la virtù di altri mezzi volatili sulla linfa collo stesso metodo, eccetto che la linfa fu esposta solo per 24 ore alla loro azione. I risultati ottenuti sono sorprendentemente conchiudenti e si vedono nel seguente

SOMMARIO COMPARATIVO

Vaccinazioni con successo		Reazione	*Vaccinazioni senza successo*		Reazione
Acido fenico (vapore) e linfa vaccinica		neutra	Cloruro di calce e linfa		acida
Acido fenico e linfa		»	Acido solforoso	id.	»
Cloroformio	id.	»	Acido nitroso	id.	»
Canfora	id.	»	Acid. acetico glaciale	id.	»
Etere solforico	id.	»	Acido idroclorico	id.	»
Iodio	id.	»			

É a notare che la reazione dei miscugli della linfa e glicerina cogli agenti della prima tavola era neutra per l' acido fenico ed alcalina per gli altri quattro, e che per i miscugli della tavola era acida senza eccezione. Di qui è a desumere che gli acidi forti, od i corpi producenti acidità per affinità chimica, come il cloro, distruggono la proprietà attiva del vaccino e conseguentemente *a priori* devono distruggere anche quella della materia vaiuolosa e degli altri veleni zimotici. Ma per ritornare all' acido carbolico, la linfa vaccinica restò esposta ai vapori di questo 36 ore, mentre restò solamente esposta ai vapori degli altri agenti per 24; dippiù l' acido fenico fu, come si disse, incorporato materialmente alla linfa, e perchè non fosse sospetta la genuità delle vescichette vacciniche, ottenute con queste due sorta di linfa carbolizzata, questa fu molte e molte volte ripetutamente innestata e sempre con successo invariabile. Questi semplici fatti dimostrano che l' uso entusiastico ed esteso, che attualmente si fa dell' acido fenico come antizimotico, è una vera delusione.

Se un po' di linfa potè rimanere esposta al vapore concentrata d'acido fenico per 36 ore e mescolata materialmente all'acido stesso per 10 giorni, senza perdere la sua inoculabilità, è evidente che la virtù anti-

zimotica di questo pel vaccino e quindi per ogni altro principio infettante, deve essere nulla. Osservisi che tutte le condizioni delle esatte sperimentazioni furono osservate severamente. Ammettendo che l'acido fenico sia pure un vero antisettico, non ne segue nullamente che debba essere antizimotico. Non vi sono valide ragioni per asserire, come si fa, che l' acido fenico debba distruggere i veleni zimotici, per la ragione che arresta la putrefazione. Virtù antisettica suona conservazione, non distruzione, come è provato dai fatti sperimenti; l' acido fenico conserva le proprietà fisiologiche e fisiche della linfa od almeno non le diminuisce. Così i contagi sono non distrutti, ma conservati; contro i veleni zimotici, non ci vogliono preservativi ma agenti distruttivi, e questi sarebbero gli acidi minerali. *(idem)*

Iniezioni di idrato di cloralio per la cura radiale delle varici. — Del prof. *Luigi Porta.*

Da una Memoria pregevolissima dall'autore comunicata al R. Istituto Lombardo, rilevasi come egli, continuando le sue esperienze sino dal 1870 nella sua clinica, ove pel primo constatò l' azione coagulante della fibrina del sangue che spiega l' idrato di cloralio, riescì a constatare in questo agente un mezzo atto, più di qualunque altro, a curare radicalmente le varici venose, mediante la sua iniezione.

Nei 15 casi di varici alle gambe da lui felicemente curati, egli adoperò esclusivamente l' idrato di cloralio discendendo dalla dose di un grammo a quella di mezzo o di un terzo, onde così avere pronto nella siringa di *Pravaz* un materiale bastevole per più iniezioni, stando appunto nella moltiplicità di esse il segreto per impedire la recidiva.

I singoli coaguli si formano al momento, e l' ammalato rimane per alcuni giorni a letto, onde prevenire la possibilità di qualche leggiera flebite locale; i coaguli in seguito vengono assorbiti e le vene cadono in atrofia, ovvero se restano per alcun tratto pervie, cessano di farsi varicose. Rarissimi sono gli accidenti che accompagnano questo metodo di cura, e in ogni caso sono sempre di poca entità, quali sono appunto:

1. L' ammollimento del trombo, di solito temporario e che non osta all' esito finale.

2. La flebite, che pure è leggiera e si dilegua in pochi giorni.

3. L' ascesso, limitatissimo, non ritarda la guarigione e forse po-

trebbe dipendere dalla sfuggita di piccolissima parte del liquido che si inietta nel tessuto connettivo, il che parrebbe si potesse prevenire facendo agire a modo di aspiratore lo stantuffo, prima di estrarre il punteruolo della vena.

4. La grangrena venne osservata sotto forma di escara circoscritta alla pelle, dalla grandezza di una lenticchia a quella di un centesimo, ma in soggetti vecchi, probabilmente in essi determinata dal contatto della soluzione cloraliata sul tessuto connettivo, nè pose inciampo alla guarigione. È presumibile che il beneficio di questa cura non abbia a limitarsi alle vene varicose degli arti, ma si possa estendere altresì ad altre affezioni venose, quali il varicocele, di cui il prof. *Porta* conta già un caso di guarigione, le telangectasie venose sottocutanee, la varice aneurismatica, le emorroidi (1). (*Annali di Chimica*, *Dicembre* 1873)

Dell' olio di crotontiglio nel trattamento dei nei materni. — Del dott. *E. D. Smet.*

Sotto qualunque forma si presentino i nei (macchie sanguigne), qualunque siano i loro caratteri, la loro guarigione è sempre estremamente difficile. È questa, sventuratamente, una proposizione indiscutibile, massime quando i nei esistono da qualche tempo.

Essi sono spesso poca cosa sul principio; non ci si fa attenzione, non è che un piccolo punto rosso, una cosa da nulla, si dice, ma in breve più non è tale, giacchè lo sviluppo dei nei è continuo e talvolta rapido. Dove non esisteva che un punto rosso, si vede una macchia, poi dei

---

(1) A questo proposito crediamo opportuno di ricordare che da parecchi mesi nelle sale chirurgiche dell' Ospedale di Padova si curano con l' applicazione di soluzioni di cloralio (25 per 100) le ulceri varicose, previo l' uso degli ammollienti, se sono molto infiammate. Con questo mezzo, più prontamente che con altri, giungono a guarigione. Anche in questi casi ii cloralio agisce colla sua proprietà astringente e coagulante della fibrina e della albumina del sangue, formandosi uno strato che agevola la formazione del tessuto riparatore.

Prof. *Colletti*

piccoli vasi che sviluppansi in un modo più o meno apparente; si formano nuovi vasi, e finalmente si ha, od un piccolo tumore, od una placca rossa verso la quale converge un più o meno grande numero di vasi. Si è dal trattamento di questa ultima forma dell' affezione che intendiamo intrattenerci.

Spesso osservansi queste macchie sanguigne sulle parti scoperte del corpo e specialmente sulla faccia, sul collo, e ciò rende ancor più difficile il trattamento, poichè bisogna per quanto è possibile evitare l' applicazione di rimedi che lascino cicatrici, sempre spiacevoli specialmente alle ragazze.

Fra i metodi raccomandabili, ve n' ha uno, la vaccinazione che conta numerosi successi. S' inocula il vaccino sotto alla macchia sanguigna ed all' ingiro; la pustola vaccinale si produce, l' infiammazione prodotta si stende ai vasi che si obliterano, si atrofizzano, e la macchia ordinariamente scompare. Questo metodo è eccellente, ma non è tuttavia perfetto, poichè lascia dietro di sè una cicatrice, la cicatrice vaccinale che sul volto è sempre spiacevole.

E d' altronde, allorchè trattasi di curare fanciulli già vaccinati, la rivaccinazione rimane senza risultato. Che fare in allora? Ecco una difficoltà reale, tanto più grande, inquantochè s' ha a trattare giovani ammalati sempre molto indocili. Evidentemente non si può ricorrere all' applicazione dei caustici giacchè lasciano cicatrici; il percloruro di ferro non è applicabile, i vasi sono troppo piccoli; il tartaro stibiato, che si potrebbe inoculare, lascia pure delle cicatrici; il freddo non produce effetto. Ben altri metodi furono raccomandati e ben pochi corrisposero all'aspettazione di quelli che li avevano preconizzati. Ma ve n' ha uno, l' olio di crotontiglio per inoculazione che, recentemente ci fornì un successo rapido e còmpleto, e sul quale richiamiamo l' attenzione dei medici. Chiamato a curare una ragazza di cinque anni, che presentava sul volto, appena sotto la palpebra inferiore dell'occhio destro, una macchia sanguigna, ho proceduto nel modo seguente. Questa macchia era poco estesa, ma verso di essa vedevansi convergere numerosi piccoli vasi superficiali e questi in un diametro da 15 a 18 millimetri; la macchia, compresi i vasi, misurava poco più della superficie di un pezzo da 50 centesimi. Il suo centro era un po' saliente.

Questa fanciulla, essendo stata vaccinata, una nuova inoculazione vaccinale doveva restare infruttuosa; la tentai tuttavia, ma inutilmente. Provai in seguito le instillazioni di percloruro di ferro dopo di avere preventivamente, mediante una lancetta, tagliati gli strati superficiali del-

la pelle all' estremità del piccolo tumore. Queste instillazioni ripetute non diedero alcun successo. La macchia manteneva sempre i suoi caratteri, i suoi vasi avevan sempre lo stesso calibro.

Fu allora che ricorsi all' olio di crotontiglio.

Ecco come ho proceduto:

Infilzai in un turacciolo di sughero una quindicina di aghi da cucire le cui punte sporgevano di circa 2 millimetri. Queste punte erano disposte in modo da rappresentare il meglio possibile la forma della macchia e la direzione dei suoi principali vasi. Ciò disposto, immersi il turacciolo così arcuato nell' olio di crotontiglio, poi applicandolo esattamente sulla macchia, cacciai bruscamente sotto la pelle le punte degli aghi. Momentaneamente dolorosa, quest' inoculazione non lascia che una leggiera sensazione di calore, di puntura. Un po' di ovatta fu la sola bendagione a cui ho ricorso.

L' indomani si produsse un gonfiamento delle parti, un po' di vescicazione, ma la fanciulla non sentiva alcun dolore. Il giorno dopo erasi formata una crosta; attorno a questa delle piccole vesciche; sotto questa crosta vidi già prodotti in parte gli effetti del trattamento: parecchi dei vasi non erano più visibili, gli altri contenevano piccoli coaguli.

Feci allora sulla piaga, mediante un piccolo pennello, una leggiera applicazione di olio di croton, applicazione che, per precauzione, rinnovai tre giorni dopo.

Il successo fu completo: la macchia era completamente scomparsa, i vasi erano obliterati ed oggidì non resta alcuna traccia di questa operazione, la quale, poco grave per sè stessa, non lascia di preoccupare vivamente i parenti e di suscitare spesso gravi dispiaceri al medico.

Quali sono i vantaggi di questo processo?

Sarà facile riassumerli in poche parole: dapprima ed anzitutto non rimangono cicatrici, punto importante, quando si deve operare sulla faccia, ed è sopratutto per questo che me ne sono occupato: inoltre è un mezzo facile, poco doloroso e di un effetto abbastanza rapido. Infatti in 8 giorni la nostra ammalata erà guarita.

Forse che questo metodo sia preferibile a tutti gli altri ed in tutti i casi?

Sarebbe poco ragionevole il pretenderlo; allorchè infatti il punto di partenza della massa sanguigna è profondo, allorchè i suoi vasi sono voluminosi, questo solo metodo non è da preconizzarsi, ma certamente, allorchè si tratta di macchie superficiali, macchie i cui vasi risiedono negli strati superficiali del derma e sopratutto quando trattasi di fanciulli

vaccinati, io credo, fino a prova del contrario, che debba essere tentato con grandi probabilità di successo.

V' ha una ragione che potrebbe forse spaventare il medico e l' ammalato, e far rigettare questo metodo terapeutico, ed è il dolore; io però credo che questa non sia una contro-indicazione seria; questo dolore non è molto forte, ed è in ogni modo di cortissima durata. Certamente si potrà in alcuni casi far scomparire certe traccie sanguigne receuti e molto superficiali mediante le frizioni ripetute di olio di crotontiglio, ma noi crediamo che allorquando i vasi hanno preso un certo sviluppo, come nel caso riferito, è indispensabile di aggiungere le inoculazioni che agiscono direttamente su questi vasi e producono l' obliterazione. La scelta dell' apparecchio da adoperarsi a questo scopo è di un' importanza affatto secondaria; quello che ho scelto è, in ogni caso, il più semplice di tutti. *(idem)*

Liquido emocalino fusco. — Sperimenti fatti nel Laboratorio di fisiologia sperimentale in S. Spirito di Roma dai prof. *Moriggia* e *Scalzi*.

Diecisette esperimenti su cani e conigli sono stati fatti per constatare la virtù emostatica di questo nuovo rimedio e le conclusioni portate dai soprascritti professori sono le seguenti:

1. Il nuovo rimedio possiede azione emostatica incontestabile, tanto nelle emorragie esterne quanto interne, accessibili all' applicazione diretta dell' emocalino.

2. Può prestare grandi servigi nelle operazioni di alta chirurgia, quando sia bisogno di frenare emorragie importanti.

3. Fiducia tanto maggiore inspira, per le emorragie cutanee e muscolari, senza offesa di grossi vasi.

4. Il suo valore è di molto superiore all' acqua del Pagliari ed anche più valevole del liquido del Capodieci.

5. Non ha a temersene una coagulazione considerevole del sangue.

6. Non dispiega inflnenza nociva sui tessuti, non impressioni dolorifiche, non reazioni generali.

7. Ha virtù spiegata nell' accelerare la cicatrizzazione.

Cosicchè non esitarono, convinti di proprio fatto, di affermare che questo novello emostatico, sia un prezioso acquisto per l'arte chirurgica.

(*Arch. di Med. e Chir. di Roma. Novem. e Dicem.* 1873).

Teoria del polso. — *Bouillaud.*

Il dott. *Bouillaud*, fatte alcune considerazioni sul polso allo stato normale, giunge alle seguenti conclusioni, sulle quali richiamiamo l' attenzione dei fisiologi.

1. L' azione od il lavorio della arterie componesi di due movimenti separati l' uno dall' altro da uno stesso numero di riposi. Durante il primo, ha luogo la dilatazione delle arterie, la loro distenzione, ossia lo stato *diastolico*. Durante il secondo, si contraggono, ed è lo stato *sistolico*. Le arterie costituiscono adunque un' organo, un' istromento *idraulico vivente*, a quattro tempi e non a *due*, siccome era creduto sino al presente.

2. Il primo urto conosciuto sotto il nome di *polso* vien prodotto dalla sistole ventricolare del cuore. Il secondo, che potrebbe chiamarsi il secondo polso, risulta dalla sistole delle arterie. Queste sono adunque *passive* nel primo ed *attive* nel secondo.

3. Questi due urti alternativi delle arterie custituiscono un *discrotismo normale*, di cui il preteso *discrotismo anormale* non è che il rinforzo, sia *semplice*, sia *doppio*, vale a dire, sia che cada soltanto sul secondo urto o *sistolico*, sia che cada sopra questo e sul primo, ovvero *diastolico*.

4. Contrariamente alla dottrina di *Harveo* ed a quella di taluni moderni fisiologi, le arterie posseggono come il cuore una forza *impulsiva*, senza il di cui concorso il primo atto della circolazione del sangue non potrebbe compiersi.

5. I movimenti coordinati delle arterie e del cuore vengono moderati dalla innervazione *gangliare*, ma la sede *precisa* del centro nervoso, il quale *coordina* questi movimenti con una veramente mirabile regolarità, rimane ancora a scoprirsi. Quanto alla difficoltà, di percepire i quattro tempi del polso, tastando il proprio *(Bouley)* il *Bouillaud* conviene esser a tal uopo necessaria una certa abitudine.

Ma può taluna parte del cuore giacere veramente inoperosa, riposarsi, sia pure per una minima frazione di tempo? Il prof. *Guido Baccelli*, ritiene che ciò non si verifichi punto; giacchè reiterate esperienze per nulla autorizzano a ritenerlo *quiescente*; la teoria del *Bouillaud* potrà chiamarsi sottile, ma non al certo provata, siccome, appoggiandosi a sode ragioni, afferma il nominato clinico (1). *(idem)*

---

(1) Prel. alla Patol. del cuore e dell' aorta.

Della paralisi riputata reumatica del nervo radiale. — *Panas.*

Le conclusioni di questa memoria, che contiene diecisette osservazioni, sono le seguenti:

1. Nella grande maggioranza dei casi, per non dir sempre, la paralisi idiopatica del nervo radiale riconosce per causa una leggera e temporaria pressione del tronco nervoso.

2. Questa compressione agisce invariabilmente sulla porzione del nervo, in cui questi diviene superficiale e riposa sul piano resistente dell' omero. Di qui l' esatta deliminazione di cotesta specie di paralisi.

3. L' agente compressivo vien rappresentato dal peso del corpo ovvero dalla testa appoggiata sul braccio, che gli serve come di origliere.

4. Il decubito prolungato sul lato è una causa indispensabile della produzione della paralisi.

5. Lo stesso dicasi, il più sovente, del sonno, che generalmente è profondo.

6. L' ubbriachezza ed una grande fatica agiscono nel senso del sonno letargico, e da quel punto favoriscono la produzione della paralisi.

7. Egli è possibile di disconoscerne in sul principio la causa, la compressione cioè del nervo, giacchè lo sviluppo di cotesta paralisi è talfiata lento e progressivo.

8. Quanto a noi giammai abbiamo incontrato un sol fatto, che si debba attribuire al freddo, ed il numero, che ne abbiamo osservato, sorpassa la trentina.

9. L' anatomia, la fisiologia patologica, come pure la eziologia ed i sintomi di questa paralisi, comparati colle paralisi da causa meccanica, tutto concorre in una parola ad assegnargli un posto fra questi ultimi.

10. Il freddo ed il reumatismo non possono servire ad ispiegare le particolarità offerte dalla paralisi che ci occupa, mentre tutto spiegasi a meraviglia, ammettendo la compressione, come causa.

11. L' elettricità guarisce sempre e molto rapidamente cotesta paralisi; ciò che prova come la compressione del nervo non è, nè abbastanza forte, nè abbastanza prolungata per produrne l' alterazione. La conservazione della contrattilità elettrica dei muscoli addimostra la stessa cosa. *(idem)*

Della suppurazione disseminata del rene consecutiva a disturbi della secreziene urinaria. — *Dickinson.*

L' alterazione renale descritta dal *Dickinson* qualche volta è stata dagl' inglesi indicata sotto il nome di *rene chirurgico*. Rappresenta dessa l' ultimo termine delle lesioni consecutive ai restringimenti uretrali e costituisce il pericolo principale della litotrizia e delle affezioni che esiggono il cateterismo. — Dessa consiste in un turgore ed una particolar friabilità della sostanza renale, con formazione di piccoli ascessi disseminati, ossia depositi di una materia giallastra, la quale precede gli ascessi. Rinvengonsi pure dei tratti biancastri nelle piramidi, ed il microscopio mostra una dilatazione più o men grande dei tubi retti, con coagulamento nell' interno dei vasi che li accompagnano, ed una suppurazione diffusa tra i tubi secondo il tragitto delle vene. Il *Dickinson* attribuisce queste lesioni ad un reflusso delle orine cariche di prodotti morbosi. Dopo di aver disteso i tubi del *Bellini*, queste passano nei vasi prossimi, ove determinano degli effetti analoghi a quelli che si osservano nella pioemia. In seguito dell' esame di sessantanove casi ricavati dalle autopsie registrate nel *St. George' s Hospital*, l' A. giunge alla conclusione che vi sono cioè, tre condizioni le quali s' incontrano abitualmente in questi casi: la ritenzione dell' orina, la decomposizione ammoniacale e la miscela con i prodotti della infiammazione della mucosa vescicale. La decomposizione ammoniacale gli sembra essere l' alterazione essenziale od almeno quella costante. Ella è d' altronde intimamente collegata all' alterazione della secrezione della mucosa, quantunque a rigore, possa svilupparsi all' infuori di essa. Gli ostacoli meccanici od il difetto di contrattilità della vescica sono la causa la più ordinaria della ritenzione dell' orina e della sua decomposizione. La presenza di un calcolo o di altri irritanti dà luogo alla formazione dei prodotti morbosi della mucosa, che mescolandosi al liquido orinario ne facilitano la decomposizione. Il risultato nei due casi è il medesimo. La rarità dell' alterazione del rene nei casi di calcolo renale, riferisconsi senza dubbio a ciò, che i prodotti dell' infiammazione della mucosa del bacinetto, o la stessa orina contenuta in detta cavità, hanno minor tendenza a decomporsi. — L' intervento chirurgico sembra il più di sovente, esser la causa determinante dell' alterazione patologica del rene; ciò non ostante osservasi pure all' infuori di cotesto intervento, ed il nome di

alterazione *urosettica*, potrebbe venire impiegato per indicarla. È da osservarsi come l' orina alterata che sembra esser la *causa* di queste lesioni, racchiude buon numero di *vibrioni* e di *batteri*. Senza nulla concludere relativamente alla natura del *virus*, l' A. vede in questo fatto un' analogia di più, con ciò che osservasi nella *pioemia*. Ei crede piuttosto ad un' *inquinamento* del sangue di quello che ad una infiammazione del rene; ma contrariamente a ciò che ha luogo nella pioemia; gli organi, altro che il rene, di rado suppurano. Qualche volta havvi nel tempo istesso suppurazione perinefritica. La malattia per l' ordinario ha un' esito fatale nelle tre settimane che susseguono all' apparizione dei primi sintomi. Quanto alla cura, l' indicazione si è quella, di procurare di rendere alla orina la sua naturale acidità, ma questa indicazione non è facile ad adempirsi. Possonsi però usare anco delle iniezioni *antisettiche* entro la cisti; tuttavolta l' esperienza non si è per anche pronunziata sul valore pratico di questo espediente. *(idem)*

Operazione cesarea con cocitura elastica dell' utero. — Eseguita dal dottor *Olinto Grandesso-Silvestri* di Vicenza.

Nel Novembre 1872 Teresa Donà, nata da genitori rachitici ed erede d' un eminente rachitismo; ma pure mestruata a 15 anni e sempre regolare da poi, incontrava matrimonio.

Io non istarò a dire tutte le deformità di quest' essere infelice, la cui statura non giunge ad un metro per torsione di tutte le ossa, giacchè sarebbe impossibile; e queste poche parole valgono più che una maestra pennellata a suggerirne un concetto ai lettori.

La Donà rimasta incinta corse una gravidanza felicissima fino al termine.

Ad un' ora ant. del 2 Ottobre di quest' anno comparvero le doglie presagienti seguite da scolo di acque false; ma sempre brevi, ed insufficienti, che si prolungarono fino alla sera. La mattina di questo giorno fu constatata la deformita della pelvi da mio padre dott. *Antonio*, e dal dott. *Bellò* di Arzignano chiamato a consulto, e che dichiarò essere impossibile il parto per ogni altra via, che pel taglio cesareo. Mi decisi allora di recarmi a Vicenza a richiamare il dott. *Olinto Grandesso Silvestri*, e di comune consenso ci associammo pure l' egregio giovane mio amico, dott. *Francesco Merlini*, pure di Vicenza. Al nostro arrivo

le doglie cominciavano a farsi più lunghe, più frequenti e più forti. All' esplorazione non sentivasi presentazione alcuna, quantunque la bocca dell' utero fosse già aperta ed assottigliata; ma il sacco era ancora floscio. Ritenuta la possibilità del parto in ciò che spetta alle misure prese al distretto inferiore della piccola pelvi, si deliberò di attendere la spon tanea rottura del sacco, che si ottenne sollecitando le doglie coll' amministrazione della segale cornuta. Rotto il sacco e scolate le acque dell' amnios, tutti quattro presenti esplorammo il distretto superiore della piccola pelvi, ed avendo riscontrato, che il diametro antero-posteriore non giungeva a due pollici, fu giudicata impossibile ogni altra via di parto artificiale fuori del taglio cesareo; tanto più che era accertata la vitalità del feto.

La Donà già preavvisata della necessità di una operazione, l' accettò calma e rassegnata. Per attutire i dolori dell' operazione si amministrarono in due riprese dieci grammi di idrato di cloralio all' intervallo di circa mezz' ora, non avendo la prima dose manifestato gli effetti del rimedio. Prima ancora che l' azione del cloralio fosse appieno sviluppata si intraprese l' operazione dopo la mezzanotte del 2, appena cominciò ad ottundersi la sensibilità ed offuscarsi la coscienza. La sezione delle pareti addominali fu fatta sulla linea alba prolungandola al di sopra dell' ombellico a sinistra. Sulla stessa linea mediana fu inciso l' utero, impedito da me e dal dott. *Merlini* l' ingresso degli intestini e dell' omento sul campo dell' operazione. Si presentò il feto col braccio sinistro e fu estratta pei piedi una bambina sana e compita. Non comparve emesi, e quanto all'emorragia, indotta dalla sezione delle pareti dell'utero, una sola arteria si dovette legare, che dal grosso delle pareti dell' utero gettava al terzo superiore della recisione, e fu legata in massa con filo elastico. Dopo ciò il *Grandesso* praticava quattro punti di sutura elastica delle pareti dell' utero con cordoncino di gomma elastica irretito di seta, come si trova in commercio, trapassando in tutto lo spessore le pareti dell' utero alla distanza di 5 centimetri dal margine dell' incisione. Ad ogni punto s' interponeva il dito di un' assistente fra l' utero ed il nodo, perchè la tensione del cordone non riuscisse soverchia. Furono recisi i capi del filo elastico della sutura presso il nodo e quella fu abbandonata sul viscere, passando ad unire le pareti addominali, che assicurate con quattro altri punti di cucitura con filo comune, furono custodite da lunghe striscie di cerotto adesivo, che circondando il corpo s' incrociavano sul ventre. Aggiuntovi del cotone vergine ed una compressa, fu involta l' operata con vari giri di larga fascia.

Ben tosto l' operata cadde in profondo sonno indotto dalla forza ipnotica del cloralio.

Questo primo giorno aveva la temperatura a 37°, il tenesmo vescicale condusse a siringarla, e verso sera lagnavasi di intenso dolore al lato sinistro dell' utero, che le faceva intollerabile ogni menoma pressione; aveva il ventre tumido e fu più tardi bisogno di una seconda siringazione; dopo la quale le orine fluirono spontanee; furono anche amministrati grammi 2 e mezzo di cloralio, che riconciliò il sonno.

La mattina del 2° giorno dell' operazione ogni dolore scomparve, e da quel dì in poi la temperatura si mantenne sempre a 37 e mezzo. I lochi cominciarono pure in questo giorno e si sospesero al 3° giorno per ricomparire al 5° e si mantennero da poi.

La sera del 3° giorno l' operata lagnavasi di somma ripienezza di stomaco con bisogno continuo di deglutire, e tendenza al vomito e borborigmi ricorrenti. Questi sintomi sparirono mediante un leggero eccoprotico oleoso, che provocò due abbondanti evacuazioni liquide dell' alvo; insorsero poi due vomiti di muco tinto di bile. L' alvo riprese la defecazione spontanea dal 9° giorno in poi.

Nel giorno 11° dall' operazione ogni cura interna cessò: fu aumentata l' alimentazione al ripristinarsi dell' appetito: ed il giorno 16° fu l' ultimo della fasciatura contentiva del ventre. Furono levati i punti di cucitura perchè il ventre era ridotto normale, avevano aderito i margini della ferita e solo restava una piccola piaga superficiale che tendeva a cicatrizzare; fu curata questa con semplice filaccia a secco.

Nel 21° giorno si levò a sedere sul letto, nel 24° si alzò ed al 31° dietro mio consenso passeggiò per la stanza guarita.

A che devesi attribuire sì rapida e felice guarigione? Certo per me la legatura elastica praticata per la prima volta dal suo scopritore dott. *Olinto Grandesso-Silvestri* nel taglio cesareo contribuì più che altro all' ottimo fine di questa operazione. Era giusto che finora si ommettesse la cucitura delle pareti uterine, perchè il filo ordinario, che si fosse usato, sarebbe stato inutile, se non dannoso, quando l' utero per le sue contrazioni impicciolendosi avesse lasciato lasso e senza scopo il laccio praticato. Ma il filo elastico seguendo le contrazioni dell' utero tiene costantemente a contatto i bordi della ferita, ne favorisce per ciò l' unione, e quello che è più, evita il travaso delle materie ed il gemizio sanguigno nella cavita addominale; causa dei maggiori danni delle acute e pericolose peritoniti e metro-peritoniti, che il più delle volte volgono ad esito letale.

Aggiungo a compimento di questa storia, che mai il latte non comparve, e che la bambina affidata a sana e robusta nutrice vive prosperosa.

Finalmente ritornando alla legatura elastica dirò: che se l' illustre *Vanzetti* di Padova constatava l' utilità di essa in tante evenienze, e ne rivendicava con una sua Nota il primato della scoperta all'esimio *Grandesso*, e per esso all' Italia, questo nuovo fatto che impressi a narrare valga a dare nuovo lustro allo scuopritore, nuovo mezzo d' applicazione alla scienza, nuovo raggio di speranza a quelle infelici che saranno ridotte a questo estremo partito.

Trissino (Prov. di Vicenza) 1° Novembre 1873.

Dott. FRANCESCO VALENTINOTTI
Medico-chirurgo condotto

Dell' azione dell' acqua fredda sulla milza. — Prof. *Fr. Mosler.*

Diamo le tesi finali emesse dall' autore stesso alla fine di questo suo lavoro in seguito ad esperimenti su animali ed osservazioni cliniche.

1. Il contatto immediato dell' acqua fredda con la milza normale induce una contrazione visibile di essa. Il grado della contrazione è diverso secondo la temperatura dell' acqua e la durata dell' applicazione.

2. In grado meno evidente si manifesta l' azione dell' acqua fredda sulla milza normale anche a traverso le pareti addominali; più nella doccia fredda, ove l' influenza meccanica deve essere calcolata, che non nella semplice applicazione di compresse fredde o di pezzetti di ghiaccio messi sulla regione splenica. Quest' azione contraente è meno intensa di quella del chinino.

3. Anche su tumori morbosi della milza, acuti come cronici, l' influenza dell' acqua fredda si può dimostrare per il raggrinzamento di essa immediatamente dopo.

4. I parossismi febbrili della febbre intermittente possono essere arrestati per mezzo di doccie fredde secondo il metodo di *Fleury.*

5. La doccia fredda non merita la preferenza sul chinino nè nei casi recenti nè nei casi inveterati di febbre intermittente.

6. L' azione benefica della doccia fredda nella febbre intermittente non è completa. Essa non sempre impedisce le recidive e lascia anche come l' applicazione del chinino (secondo osservazione fatte dall' autore) tumore cronico della milza.

7. Anche il tumore di milza nel tifo vien diminuito dall' applicazione dell' acqua fredda.

8. Una combinazione dell' applicazione dell' acqua fredda sulla milza sia in forma di bagni freddi e di vesciche a neve, o di doccie fredde, coll' amministrazione contemporanea di chinino merita la preferenza nella cura di tumori di milza acuti e cronici, anzichè un solo di questi mezzi.

9. Nella cura dei tumori cronici di milza è da raccomandarsi l' applicazione d' acqua fredda sulla regione splenica unita all' amministrazione della chinoidina, molto meno costosa del chinino.

(*Nuova Liguria Medica*, 20 Dicembre 1873)

Del nitrito di amilo nell' epilessia. — Dott. *Chrihton-Browne.*

L' A. ha pubblicato la descrizione delle sue esperienze sull' uso del *nitrito di amilo* contro l' epilessia. I risultati ai quali è giuuto sono assai rimarchevoli e di molta importanza da interessarne la prova su di tutti coloro i quali trovassersi nelle condizioni indicate dall' A.

Occupandosi nel rintracciare le cause dell'arrossamento prodotto dal nitrito di amilo nei differenti individui e sotto circostanze differenti, venne colpito dal fatto, che il grado e l' estensione, co' quali si manifesta la rubefazione prodotta dàl nitrito di amilo, è influenzata da certuni stati patologici. Ei rinvenne, come generalmente i paralitici poteano inalarne una quantità considerevole, senza per questo spiegare nessun marcato rubore, mentre gli epilettici non potevano sopportarne la piccola quantità, senza mostrare una forte iperemia cutanea, della faccia, del collo, e del torace. Guidato da coteste osservazioni, vi fondò sopra un ingegnoso argomento, mercè il quale ebbe a concludere che se il nitrito di amilo si desse immediatamente prima dell' accesso epilettico, potrebbe così prevenirsi lo *spasmo* dei vasi, e stornare per tal modo l'ulteriore conseguenza degli effetti morbosi; ed un'accesso stornato nella epilessia, avverte giustamente l' A., non è già un piccolo guadagno, ma bensì è un passo fatto verso la guarigione. L' A. quindi afferma con convincimento, in seguito delle sue esperienze (tentate anche su i conigli, resi artificialmente epilettici) che questo rimedio, in parecchi casi, sarà inestimabile, non solo per posporre, ma benanco per prevenire gli attacchi epilettici. Il nitrito di amilo, è il più pronto ed il migliore di

tutti gli altri mezzi usati collo stesso scopo. Una bomboletta contenente una spugna imbevuta nel nitrito suddetto, portata seco, può sempre trovarsi sotto la mano nel caso che si presenti l' *aura*, e può divenir così per molti un salvaguardia. Allorquando, dice poi l'A., il così detto *status epilepticus*, si è sviluppato, il *nitrito* rende dei grandi vantaggi, poichè sotto la sua influenza parecchi malati sono risorti da una miserevolissima condizione. Di dieci malati di questo genere, otto, afferma l' A., hanno ricupurato la salute.

Osservazioni tali addimandano una seria attenzione, tanto più che l' uso di questo genere di anestetici è stato abbandonato, siccome troppo pericoloso, trattandosi di agenti tossici ad un grado eminentemente; e quindi giova raccomandare l' uso con grandissime cautele e molta ponderazione.

(*Arch. di Med. e Chir. di Roma.* Novem. e Dicem. 1873)

Della paralysis agitans. — *Handfield Jones.*

L' A. pubblica una sua lezione su questo subbietto, nella quale appoggiandosi sopra quattro osservazioni espone e difende l' idea della varietà delle forme, varietà abbastanza considerevole, per dare alla malattia degli aspetti differentissimi. Queste differenze appartengono sopratutto all' età dei soggetti ed al grado più o meno considerevole della forza ch' essi presentano in sull' apparire della paralisi agitante. Negl' individui giovani havvi una grande analogia colla *corea* e realmente un caso riferito dall' A. avea proprio il carattere delle *festinans*. In una di queste osservazioni poi l' A. osservò come il malato potesse mediante uno sforzo della volontà arrestare il tremore, in un' altro mostrossi l' effetto contrario; ed in uno dei casi sopraggiunse una notevole obesità.

L' A. in seguito pone la quistione se in questa malattia il tremore sia iniziato o preceduto da paralisi. Ei fa osservare su tal proposito, come sopratutto nei vecchi si osservi una tal forma, e ciò pel naturale scadimento muscolare, proprio di cotesto periodo della vita, piuttostochè ad una vera paralisi. Dapertutto poi potè constatare (siccome di già altri clinici aveanlo osservato) una più grande energia muscolare dal lato del tremore. Per l' A. è questo un movimento *attivo*, conseguente alla irritazione delle cellule nervose piuttosto che alla sua inerzia. Conferma quindi le idee dei differenti autori sulle lesioni anatomiche di queste

malattie, le quali possono talvolta mancare, ed esser variabilissime, senza che sino ad ora siensi potute rinvenire delle alterazioni costanti e caratteristiche. Tratterebbesi il più delle volte di un disturbo funzionale consecutivo a cause molto svariate, le quali provocherebbero lo sviluppo della malattia. La terapia è poco efficace, qualsiasi il metodo curativo adoperato, ad eccezione tuttavia negl' individui giovani. D' altronde non può essere uniforme, e dee adattarsi a seconda delle indicazioni, le quali sono molto svariate. *(idem)*

Dei bagni tiepidi nelle malattie di petto e particolarmente nella tisi polmonare. — Dott. *Souplet.*

È una opinione generalmente invalsa fra i medici, che non debbansi prescrivere i bagni alle persone affette da malattie di petto; e solo si attenta d' inviare gli etici a qualche stazione balnearia termale. Eppure si hanno delle circostanze, nelle quali i bagni tiepidi sarebbero formalmente indicati, e che non si possono omettere senza grave danno degli infermi.

Quindi è che lo studio di cotesto utile e semplice agente terapeutico non è stato ancor fatto sotto questo punto di vista clinico; nè la scienza conta sino al presente delle osservazioni, le quali permettano di giudicarne gli effetti nelle malattie del petto.

Onde riempire una tal lacuna l' A. ha intrapreso nell' ospedale della Pitié, sotto il controllo del *Lasègue*, una serie di esperienze, i di cui risultati gli hanno permesso di concludere, siccome ne assicura, che l' uso non solo de' bagni tiepidi nelle malattie toraciche non presenta alcun inconveniente, ma che da quello se ne possono ritrarre dei serii ed incontestabili vantaggi, adoperati in qualsiasi stadio di quelle, ma sopratutto nel loro esordio. Le conclusioni dell' A. sono basate sopra il totale di più di 200 bagni amministrati ai tisici, ed egli spera che nuove ricerche vengano ad illustrare un così interessante subbietto sotto il punto di vista pratico.

Il bagno tiepido lo amministra alla temperatura di circa 3° al disotto di quella del corpo. Dunque la temperatura del malato dee servire di regola a quella del bagno. La durata debbe essere dai 20 ai 45 minuti, ed anco più se il malato vi provi del benessere

Bisogna aver cura che dopo il bagno il malato non sperimenti la

sensazione del freddo, quindi fa d' uopo di asciugarlo rapidamente e coprirlo bene. L' ora che precede i pasti del mattino e della sera è la migliore, a cagione dell' appetito che si manifesta dopo il bagno.

Il bagno si può far prendere una volta ogni due giorni. Se non diminuissero con questo i sudori cotanto incomodi per gli etici, si può amministrare ogni giorno. Di rado l' A. ha veduto persistere il sudore al terzo ed al quarto bagno quotidiano. Il bagno tiepido ristabilisce la funzione delle ghiandole sudoripare al suo stato normale.

Non per questo l' A, ha sospeso i metodi curativi, ai quali i tabidi erano stati assoggettati. Dopo il terzo o quarto bagno cessa affatto l'impressione incomoda che in sul principio ne risentivano i malati. La tosse si calma e l' espettorazione divien più facile, tanto che i malati si sentono meglio nel bagno di quello che nel lor proprio letto.

Dopo il bagno il malato si sente più vispo, respira meglio, prova dell' appetito; la pelle è più fresca, meno frequente il polso, dorme meglio. Il bagno da tono alla pelle e rianima la circolazione nei capillari. La diarrea non è neppure una controindicazione, giacchè l' A. l' ha veduta modificarsi dall' uso dei bagni.

L' A. con tutto ciò non pretende punto che i soli bagni tiepidi bastino alla guarigione dei tisici; ma non si può certamente abbandonarli, durante la lunga cura, che viene opposta ad un così terribile malore. Varie osservazioni riferite dall' A. valgono a corroborare la sua tesi, ed a provare l' utilità di questo sussidio terapeutico, preferibile in molti casi ai bagni termo-solforosi. *(idem)*

La febbre traumatica. — Studi clinici del prof. *L. Capparelli* di Napoli.

L' Autore riferisce una serie di 44 osservazioni di lesioni violenti, in cui notò la febbre prima che si fosse verificato il periodo di reazione infiammatoria. Egli non ammette perciò che la febbre, la quale viene in seguito a queste lesioni, sia il prodotto della penetrazione nel sangue di materie *pirogene* o di *parassiti*, siccome ritiensi oggi da alcuni, ma la febbre traumatica invece *è la conseguenza di uno stato d' irritazione dei nervi spinali,* onde si ha aumento della pressione del sangue e quindi della frequenza del polso, perturbata attività vegetativa e quindi *una maggiore riduzione nello scambio dei materiali di nutrizione*, *un più o meno rapido consumo del corpo ed aumento della tempe-*

ratura. Questa irritazione pertanto dell' *apparecchio spinale* ha luogo, perchè la impressione materiale e quella morale o psichica, che si hanno in ogni azione meccanica, si riflettono sull' apparecchio stesso, e sulla via che tengono le indicate impressioni l' autore s' intrattiene alquanto, ricordando alcuni principii di fisiologia del sistema nervoso.

Nel ragionamento pertanto del prof. *Capparelli* trovan si, siccome a noi sembra, due lacune, la prima si è che la maggior parte delle sue osservazioni (per es. la 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24 ec.) non provano che la febbre siasi sviluppata prima che fosse avvenuta una reazione infiammatoria nella parte. offesa; al contrario, le citate osservazioni dimostrano che la temperatura arrivò ad essere febbrile (da 38 centigr. in su dopo elasso il tempo di 20 a 22 o 36 ore a 3 giorni e più.

E vero che un aumento nella frequenza del polso lo si notò subito, ma da *Capparelli* che crede, con la maggioranza dei medici moderni, consistere la febbre in un processo di riduzione organica, non può quest' aumento solo essere considerato come segno di febbre. Si potrà dire: che dopo 20 a 36 ore non si era ancora avverata suppurazione; ebbene per i fautori della teorica che l' A. chiama *infezionista* o *setticemica* non è necessario la formazione proprio del pus, ma basta che nella parte offesa si determini una sufficiente reazione, perchè l' accresciuto scambio materiale generi dei prodotti di riduzione organica, i quali penetrando nel sangue per la via dello assorbimento si spandono nell' organismo e vi fanno l' ufficio di sostanze pirogene

Noi poi non crediamo che l' irritazione dei centri spinali acceleri i movimenti cardiaci perchè aumenta la pressione del sangue nei vasi, che anzi quest' ultima condizione dovrebbe avere necessariamente come conseguenza un rallentamento dei battiti cardiaci, poichè aumentando la resistenza che il circolo del sangue incontra, per il restringimento del letto circolatorio, consecutivo all' irritazione dei nervi vasomotori, le contrazioni del cuore devono essere più energiche e devono farsi meno frequenti, così come avviene, fra l' altro, per l' azione della digitale......

(*Il Movimento Med. Chir. di Napoli*)

Sulla genesi dei corpi mobili articolari. — *Weichselbaum.*

L' A. accidentalmente trovava un corpo mobile lungo 2 centimetri in ambedue le articolazioni del gomito in un robusto soldato a 20 anni, corrispondendo in ciascun lato la perdita di sostanza nella piccola testa del radio. La corrispondenza tra la perdita di sostanza ed il corpo articolare in rapporto alla grandezza ed alla forma, come pure il grado d' incurvamento delle superficie cartilaginee, e d' altra parte un esatto paragone di struttura delle parti cartilaginee in ambedue i pezzi, menano secondo l' A., indubitatamente alla conclusione che nel caso surriferito i corpi articolari rappresentassero pezzi staccati di cartilagine d' incrostazione del radio. Contro quell' opinione, accettata in un altro non piccolo numero di casi, che cioè i corpi articolari provengano dal distacco di escrescenze iperostaliche dal margine cartilagineo o dalla sinoviale, parla qui il rapporto completamente normale delle parti dure e membranose che compongono l' articolazione. L' A. per rendersi ragione del fatto che, cioè la spessezza dei corpi mobili è più ragguardevole di quello della cartilagine d' incrostazione, ammette che la frattura sia avvenuta molto tempo prima ed in un grado d' accrescimento, nel quale la cartilagine d' incrostazione dovea offrire maggiore spessezza. Sebbene nel momento della sezione poteasi nel corpo mobile riconoscere una base ossea, pure l' A., avuto riguardo al comportarsi della piccola testa del radio, non crede che allora sia stato rotto anco l' osso, e invece riguarda le parti ossee come provenienti dalla cartilagine e quindi suppletive. *(idem)*

VARIETÀ

—

Dello studio e dell' insegnamento dell' Anatomia in Italia nel medio evo ed in parte del cinquecento. — Notizie e considerazioni del Prof. Cav. *Alfonso Corradi.*

(Rendiconti del R. Istituto Lomb. di Scien. e Lett. Ser. 2ª Vol. 6° Fas. XV)

(continuazione della pag. 303 e fine)

Ma nè la predilezione del principe, nè le sollecitudini de' magistrati, e neppure l' opera truce del carnefice, che a que' tempi spesso era in moto, bastavano per soddisfare l' ardente curiosità de' maestri e dei discepoli. Troppo scarsi erano i cadaveri che legalmente o per favore potevansi conseguire; e però i cimiteri erano manomessi, nè di rado aperti gli avelli: anzi, da quanto scrive il Vesalio, parrebbe che di frequente ciò succedesse senza che molestia ne venisse a coloro che de' cadaveri si servivano, e neppure quando pubblicamente il fatto, per istigazione ed opera propria avvenuto, narravano. Pare quindi che una certa tolleranza per questa parte si fosse allora formata, di guisa che i cadaveri che non erano dati, si lasciavano prendere, e le leggi contro i profanatori de' sepolcri, senz' essere abrogate, tacevano, per non risvegliarsi che quando la violenza fosse stata massima, ed il fatto troppo clamoroso per poter correre senza punizione (1). In ogni modo, per quanto insufficienti fossero

—

(1) Vedine parecchi esempj ne' *Fasti* del Facciolati (III, 208, 226). L' egregio prof. Francesco Marzolo con esemplare cortesia, della quale gli sono obbligatissimo, m' ha fornito alquante notizie intorno lo studio

i mezzi di studio che le nostre scuole potevano in quei secoli fornire agli anatomici, essi erano di molto superiori agli altri che le Universita straniere davano a' maestri e discepoli. Abbiamo già avvertito che Vesalio non poche ed importanti cose della fabbrica del corpo umano non potè osservare e studiare, se non dopo che fu in Italia: qui soggiungiamo che quando ne partì, poco o nulla potè più fare, non tanto perchè lo distraessero le cerimoniose facende della Corte, quanto perchè a Madrid non avea modo d' occuparsi delle cose anatomiche: *nulla hic (ubi ne calvariam quidem commode nancisci possim) ad dissectionem aggrediendam potest occasio* (1). Nelle Universita italiane invece, le sole che, per sentenza del medesimo Vesalio (2), dessero campo di studiare realmente l' anatomia, e di spazzarne via il vecchiume e gli errori che la cieca venerazione o la credulità indolente mantenevano fermi tuttora, pretendendo anzi che niuno osasse di toccarli; in quelle scuole, dico, il Fallopio in un

---

dell' anatomia nell' Università di Padova, traendole dall' Archivio dell' Università medesima. Tra esse trovo appunto indicate le cagioni che indussero il Senato Veneto nel febbrajo del 1550 a minacciare gravissime pene a coloro che violavano la santità de' sepolcri. La città supplicava al Principe perchè un freno fosse posto alla scandalosa licenza; esponeva che sotto falsa apparenza degli esercizj anatomici si conculcavano le leggi più sacre; che dalle famiglie desolate violentemente si toglievano i defunti; che si assalivano le bare mentre s' avviavano al sepolcro; che si sforzavano le tombe per averne i cadaveri; che per ultimo si *mercantava l' esenzione della pubblica anatomia.*

(1) *Anatomicarum Gabrielis Falopii observationum examen.*

(2) Pubblicando la sua opera d' Anatomia aspettavasi il Vesalio d'essere fieramente morso da coloro che, servilmente ossequiosi a Galeno, non volevano sapere di novità, tutto vero giudicando l' antico, e sprezzando il giovane che svelava i vecchi errori senz' essersi al par di lui esercitato nel taglio e nell' osservazione de' cadaveri: *quamminime ab illorum morsibus erit tutus, qui, perinde ac nos in* ITALICIS SCHOLIS, *Anatomen sedulo non sunt aggressi.......* (*De humani corporis Fabrica. Praefatio.* Patavii Calend. Augusti. Anno post natum Christum, MDXLII).

anno incideva perfino sette cadaveri (1) e Realdo Colombo quattordici (2); il qual numero, se oggi appare meschinità, allora formava straordinaria abbondanza. L' anatomico cremonese gloriavasi *nullum genus hominum dissecandum mihi defuisse*, se non se un muto dalla nascita; e ne' quindici anni e più da che insegnava a Padova, a Pisa, a Roma, *complura cadavera* avea aperto dinanzi a numerosa scolaresca, *innumera* poi *ab ineunte aetate* (3). E bisogna ben dire che n' avesse copia, poichè ne forniva anche gli altri: così a Michalangelo suo amicissimo, mandò un corpo morto d' un moro, giovane bellissimo e quanto dir si possa dispostissimo, sopra il qual corpo poi il sommo scultore, pittore ed architetto, molte cose rare e recondite mostrò all' affettuoso discepolo Ascanio Condivi (4).

In Germania, in Francia, in Inghilterra, soltanto verso la fine del secolo XVIII le Università ebbero bastevole copia di cadaveri per servire all' insegnamento dell' anatomia umana: la scuola di Parigi, che poi salì in tanta riputazione per egregi anatomici ed eccellenti chirurghi, tutt' altro che lodi avea da Tomaso Bartolino nel 1640 (5); e certamente non altro che pensando alla scarsità dei cadaveri nel cinquecento, giungiamo, se non a scusare, a capire come un padre, bramosissimo d' istruirsi della struttura del corpo umano, potesse incidere e brancicare il morto figliuolo (6). Non riuscendo ad avere cadaveri, si

(1) ADAMI MELCHIOR., *Vitae germanor. Medicor.* Heidelb., 1620, p. 205. — HALLER, *Bibliot. Anat*, I. 218.

(2) *De Re Anat.* Venet., 1559, Lib. XV, p. 262 (per ecrore di stampa 256).

(3) Ivi.

(4) CONDIVI, *Vita di Michelangiolo Buonarotti.* Firenze 1746, 2ª ed. d. 50, § LX.

(5) Epist. 668 ad O. Worm. (HALLER, *Bibliot. Anat.*, I, 710).

(6) Cosi i biografi dicono che facesse Guglielmo Rondelet, professore a Mompellieri e morto nel 1566: Portal, citando Posth, dice eziandio che Rondelet pregò istantemente il collega Fontano, pericolosamente malato, perchè morto si lasciasse sezionare (*Hist. de l'Anat. et de la Chirurgie*, I, 522). Ma le parole dell' anatomico tedesco, discepolo del me-

adoperavano animali: *porcus anatomizetur, et perinde chirurgici abiliores redderentur pro corpore humano:* cosi deliberava la Facoltà medica di Vienna nel 1440 (1); e *deficiente idoneo corpore justificato* s'adopravano majali e cani. L' Hyrtl aggiunge che tale fatta d' anatomia animalesca prevalse nelle altre Università di Germania, di Francia e d' Italia; cita Giacomo Silvio, Guintero d'Andernach, Magnus Hundt come anatomici che, non uomini morti, ma porci e cani tagliarono: Bartolomeo Eustachio pure avrebbe descritto le vene del braccio secondo che sono ne' cani e nelle scimie (2). Io non vo' dire degli altri anatomici, ma del nostro di Sanseverino ben posso affermare ch' egli impugnava il Vesalio sul modo di congiunzione della vena ascellare con l' omerale per ciò appunto che *in frequenti humani cadaveris dissectione aperte* avea veduto (3). Neppure guarderò ciò che facevasi nelle altre Università (4), per non andar oltre il limite prefisso; bensì debbo avvertire che soltanto nel dodicesimo secolo troviamo il porco portato nella scuola di Salerno e sezionato davanti gli scolari, siccome farebbesi

desimo Rondelet, suonano altrimenti, anzi l' opposto di quello che paresse al Portal; leggesi di fatti che *Fontanonus ut se mortuum aperiret, Rondeletium vivus serio rogaverat* (Posthii Joan., *Observat. anatom.* In: Columbi Realdi, *De Re anatomica.* Francof., 1590, pag. 505).

(1) Hyrtl, *Op. cit.*, p. XII.

(2) *Op. cit.*, p. XIII.

(3) *Opuscola anat.* Venet., 1564, p. 321. E nella pagina precedente è pur detto: *hunc altum humerariae et axillaris congressum, quem ipse* (Vesalius) *ceu comentum spernit, in homine, pariter atque in simia et cane, etiam a perfunctorie sectionem obeuntibus, facillime reperiri ostendam.* Galeno avea fatto le proprie osservazioni nelle scimie, Eustachio le ripeteva ne' cani, ma come termine di confronto per le altre che instituiva nell' uomo.

(4) Anche verso la metà del seicento tagliavansi cani invece di cadaveri nell' Università di Aberdeen (Gairdner John, *Sketch of the early History of the medical Profession in Edinburgh.* In: *Edinb. med. chir. Journ.*, 1864, IX, 694).

del corpo morto d' uomo (1). Mondino apriva una troja per esaminare l' utero gravido e compararlo al muliebre (2): Berengario da Carpi, essendo giovinetto, quasi per giuoco, con il conte Alberto Pio suo compagno di scuola, sezionava un porco posciachè sotto la scorta del padre *in chirurgica arte ab infantia pene* erasi esercitato (3). Realdo Colombo parla di anatomia di cani e di porci, ma soltanto per la viva sezione, che egli credeva necessaria affine di conoscere il modo di operare degli organi. A Padova sezionavansi corpi di bruti, per ajuto, o per maggiore dichiarazione dell' umana anatomia (4): Falloppio, che agli scolari mostrava i muscoli del ventre scojando un cane, osservava la comunicazione della vena ascellare con l' azigos *in pluribus cadaveribus* (5). Fu un tempo preferito il porco, perchè *cum bruta animalia quaedam, ut simia, in exterioribus nobis inveniantur similia; interiorum partium nulla inveniuntur similia ut porci* (6): Colombo invece non voleva sapere di questi animali perchè troppo grassi, e perchè stordivano con l' incomodo loro grugnire; quindi al colleggio de' medici di Cremona, dopo aver fatta l' intiera anatomia sui cadaveri, mostrava l' organo della voce in un cane vivo, nè, ei dice, *in iuvene sue gravarer* (7). Cani vivi pure ogni anno a Bologna s' incidevano da periti anatomici per far vedere in qual modo il cuore battesse; e là pure chirurghi ed anatomici solevano, *curiositatis gratia*, tagliare i nervi ricorrenti ai cani *ne post vulneris cura-*

---

(1) Cophc, *Anatome porci*, Haganoæ, 1532. — Nagel, *Commentatio de Anatomia Salernitana per Compendium Salernitanum*. Vratislav., 1852.

(2) *Propterea centies erat major matrix porcae quam anathomizzavi anno domini 1316* (in alcune edizioni leggesi 1306), *quam unquam viderim in fœmina humana.*

(3) *Isagogœ breves.* Venet., 1585 (Nella dedicatoria al predetto Alberto Pio da Carpi).

(4) Tomasini, *Op. cit.*, p. 425.

(5) *Observat. de Venis.*, Obs. I et IV (Op. omn. Venet., 1606, I, 116, 118).

(6) Cofone nell' introduzione all'*Anatome porci* precitata.

(7) *Op. cit.*, p. 257.

tionem latrare queant. Così informa l' Aldrovandi (1), nè alle curiose notizie fu posto mente, sebbene ellenc mostrino che ciò che fu detto raffinata barbarie di scienza moderna e straniera, era già in uso in Italia fin dal cinquecento. Similmente l' Eustachio cercava ne' cani vivi, *anatomicorum more* legati ed incisi nel basso ventre, di qual guisa l'orina dagli ureteri scenda in vescica (2).

Il prof. Hyrtl dice ancora ch' ei potrebbe mostrare che tutte le grandi scoperte anatomiche de' secoli XVI e XVII, da quella del condotto stenoniano all' altra de' vasi chiliferi, non sono state fatte che negli animali (3). Pur ammettendo in modo generale il fatto, non potremmo accogliere il medesimo come prova che gli anatomici fossero così sprovveduti di cadaveri, da dover servirsi pe' loro studj del corpo de' cani o d' altre bestie; imperocchè la qualità stessa delle indagini che allora facevansi, che non erano più quelle della semplice posizione e forma, ma della funzione degli organi, obbligavano a porre lo scalpello sugli animali vivi. L' Haller ha intitolato il libro VI della preziosa sua Biblioteca anatomica *Animalium incisiones*, e dà principio all' epoca con Gaspare Aselli, che *memorabili invento se illustravit*: quest' abbandono dell' anatomia umana per quella degli animali, a suo avviso, procedeva da ciò, che a Padova più non si facevano le pubbliche sezioni *ut sumtibus parceret*, e perchè mancando la celebre scuola, niun' altra Università era in grado di poterne sostenere le veci.

Ma non è così veramente; ed io in altro discorso mi riservo di provare che non per risparmio di spese, non perchè loro mancassero i mezzi, ma per favorire lo studio della nascente fisiologia e della anatomia comparata, gli anatomici nostri, e con essi quelli degli altri paesi, si volsero in tale tempo piuttosto a tagliare animali, che a proseguire con l' ardore di prima le sezioni de' corpi umani. Parimente dimostrerò come il tardo risorgere dell' anatomia ed il lento suo procedere nel medio evo fos-

---

(1) *De quadrupedibus digitatis viviparis*. Bonon., 1637, p. 490. Op. post. (Aldrovandi moriva nel 1605).

(2) *De Renum structura* Cap. XLVI. In: Ejusd. Opusc. anat. cit. p. 146.

(3) *L. c.* p. XIII.

sero effetti delle misere condizioni in cui allora giacevano tutti gli studj naturali, ed in particolar modo dell'antichissimo pregiudizio, non pur del volgo, ma di ogni ordine di persone, che vietava di toccare i cadaveri: alla medicina, così nel suo insieme come nelle sue parti, non venne mai imposta altra soggezione che quella che da sè stesse si facevano le menti; le quali più presto scossero la credenza ne' dogmi, che l'autorità de' filosofi e de' maestri, quantunque di altre e nemiche religioni.

Nondimeno, sin da ora, dalle notizie che qui abbiamo raccolte e dalle considerazioni che intorno v' abbiamo fatte, pare sia dimostrato: che in Italia la pratica dell' anatomia umana è più antica di quella che generalmente si crede; — che la medesima crebbe e continuò ne' tempi successivi più largamente ancora di quanto finorà sia stato detto, o se ne sapesse; — che gli ostacoli e gl' impedimenti al taglio de, cadaveri (qualunque ne fosse la cagione, anche all' infuori dell' anzidetto inveterato pregiudizio del volgo) furono in ogni modo minori fra noi che in Germania, in Francia e presso le altre nazioni d' Europa.

DOCUMENTI (1)

A.

RUBRICA LXXXXVI.

De anothomia quolibet anno fienda

Quoniam ad industriam et vtilitatem scolarium spectat ac pertinet facere nothomiam et plerumque consueuerunt Rixe: et rumores in reperiendis seu querendis corporibus ex quibus seu de quibus nothomia fieri debeat statuerunt et ordinauerunt quod aliquis doctor aut scolaris aut quiuis alius non audeat vel presumat sibi aqui-

(1) Ebbi questi documenti dall' egregio dott. cav. *Andrea Caronti*, bibliotecario della R. Università di Bologna; ed a lui pertanto rendo molte grazie.

rere aliquid corpus mortuum pro dicta anothomia fienda nisi primo licentia prehibita a domino Rectore qui pro tempore fuerit. Qui quidem Rector teneatur et debeat in dando licentiam inter scolares et doctores qualitatem et ordinem obseruare cum dicta licentia petita fuerit. Item quod aliquis non possit interesse in aliqua anothomia hominis masculi, vltra numerum vigintj et ad anothomiam mulieris vltra numerum triginta. Et quod aliquis non possit videre aliquam anothomiam nisi sit scolaris qui audiuuerit medicinam duobus annis integre et sit in tertio anno etiam si tempore interdictum audiuisse. Et qui viderit anothomiam hominis semel in eodem anno non possit plus videre. Qui vero bis uiderit non possit plus uidere bononie nisi anothomiam mulieris quam semel et non ultra quis uidere possit sine viderit anothomiam hominis sine non Prefati autem viginti seu trigintha qui uidere et interesse possunt anothomie assumantur et eligantur infrascripto modo. Videlicet in anothomia virj quinque de natione lombardorum: quatuor de natione Tuscorum. Quatuor de natione romanorum: Tres de natione vltramontanorum et tres Bononienses. Et in anothomia mulieris debeant elegi octo de natione lombardorom: Septem de natione Tuschorum: Septem de natione Romanorum. Quinque de natione Vltramontanorum et Tres Bononienses. Saluo quod dominus Rector cum uno socio possit esse ad quamlibet anothomiam ultra numerum supradictum absque aliqua solutione non obstante quod qui viderit anothomiam semel in eodem anno non possit plus videre. Sit autem in arbitrio ejus qui habuit licentiam a domino Rectore eligere quos voluerit seruata in forma huius statuti. Item quod nullus audeat petere anothomiam domino Rectorj tempore sue electionis in sancto Francicho sub pena quinque libras Bononie. Et quod dominus Rector immediate post acceptationes offitii sui debeat facere publicari per scolas quibus dederit licentiam anothomie ut omnibus possit esse notum pena eidem Rectorj non obseruanti et observare facienti predicta decem librarum bononie et cuilibet scolarj contra facienti aut qui contra predicta vel aliquid predictorum venerit centum solidorum bononie. Item quod quilibet doctor qui a scolaribus fuerit requisitus teneatnr ipsorum anothomiam facere modo et forma predictis non obstante quod ipsam alias fecerit dicto anno. Et habeat pro suo salario centum solidorum bononie. Fiant autem expense predicte et alie que in predictis occurrerint seu pro predictis fiende pro

rata comuniter inter scolares qui interesse seu uidere debuerint. Ita tamen quo pro anothomia fiendi de aliquo homine non possint expendi vltra sexdecim libras bononie. Et pro anothomia mulieris vltra viginti libras bononie, pena cuilibet doctori centum solidorum bononie. Ita tamen quod dictus talis qui sic juuauerit et expensas fecerit cum vno socio quem nominauerit a dictis expensis penitus excluditur. Et quod dominus Rector antequam incipiatur fieri anothomia ad se conuocari faciat scolarem cuj licentiam dederit pro anothomia et eidem dare sacramentum teneatur quod expensas faciat bona fide et sine fraude. Et quod inter scolares videntes anothomiam comunicabit. Sub pena Rectori qui pro tempore fuerit decem librarum bononie.

B.

RUBRICA XIX (STATUT. AN. MCCCCXLII).

De Anothomia.

Item in Statuto posito sub Rubrica de Anothomia fienda statuerunt debere adiungi. Quod quilibet potestas Civitatis bononie vel alter ejus locum tenens seu conseruator Justitie ad requisitionem Rectoris et consciliariorum teneatur dare singulis annis duo subiecta pro Anothomia. Vnum masculum et vnam feminam si sibi occurrerint et si non occurrat femella teneatur dare duos maschulos quomodocumque fieri poterit et quod dicta subiecta sint oriunda a loco distante a ciuitate bononie per triginta miliaria.

C.

Reformatio Statutorum Almi Gymnasij Bononiensis Philosophorum et Medicorum facta anno Domini MDLXI comprobata per Revered.um D. D. Vicelegatum Vexiliferum et Senatum Bononiensem.

De Anathomia.

Statuitur praeterea, ut praeses Gymnasii, aut ejus defectu prior Consiliarorum, procurare debeat et teneatur, ut singulis annis anothomia publice in universitate administretur et qui disectionis sit peritus Doctor adsit, et qui praecepta disectionis publice legat; ut scolares adiscere ordine, et congrua methodo possint; pœna presidi non procuranti librarum argenti Bononie quinquaginta. Doctoribus eadem.

Statuitur etiam: ut posthac sanctio illa vetusta rubricae de Anathomia: ubi declaratur, quod subiecta danda a superioribus Anathomistis: nata esse intelligantur, procul ab urbe Bononie per triginta miliaria: prorsus abrogetur; atque ad placitum superiorum sit, talia subiecta, etiam si in suburbiis Bononiæ nata fuerit Anothomistis præbere; nec illud statutum obstare possit; etiam si in agro Bononie non modo Ferrariensi, Mutinensi, et Foro corneliensi nata sint: modo cives honesti non sint, et superioribus ea dare placeat.

La statistica medica ed i congressi internazionali di statistica. *(Annali di Medicina Pubblica, 1873).*

(continuazione, vedi Fasc. di Luglio e Agosto 1873, pag. 133)

4. Igiene pubblica

Congresso di Brusselle 1853. — Nei quesiti sull'Igiene pubblica (N. 6) chiedevasi:

Cloache. — Se la città possieda un sistema generale di cloache, loro modo di costruzione, e specificatamente loro larghezza media con o senza banchine, altezza media del fondo alla volta, pendenza media. Se ogni casa sia in comunicazione sotterranea o no colla cloaca per lo scolo delle acque domestiche. Natura del diversorio comune delle cloache e se sia soggetto al riflusso delle maree, ec.; ove sia un corso d' acqua che traversi la città; indicare se il vuotamento si faccia o no inferiormente alla città. Modo di costruzione del selciato delle strade, sistema di scolo delle acque pluviali, domestiche e di quelle che van-

no alle cloache, insomma l' insieme dei provvedimenti presi per assicurare il pronto scolo delle acque.

Vuotatura. — Far conoscere: 1° se esista un deposito comune pei prodotti delle vuotature, per la mola e i detriti nella città; 2° se i regolamenti locali o generali rendano obbligatorio lo stabilimento delle latrine nelle case, secondo un sistema determinato; se le immondizie umane passino direttamente alle cloache; se i depositi di queste immondizie nelle case sieno ammessi in certe ore del giorno o della notte; 3° se i prodotti delle vuotature, le mole e i detriti sieno o no utilizzati per l' agricoltura delle località vicine.

Acque. — Determinare il volume totale d' acqua fornita per giorno per il consumo degli abitanti, sia da fontane pubbliche, sia da condotti presso i privati, sia da pozzi. Indicare l' origine di queste acque (di fiume, di sorgenti, di pozzi). Descrivere il sistema di conduttura in città (acquedotti, tubi sotterranei, ec. ec.) e l' altezza a cui le acque possono condursi nelle abitazioni per azione meccanica; — fare, per origine, l' analisi chimica delle acque — indicare il prezzo per unità di misura delle concessioni ai privati — notare se queste concessioni son fatte a profitto dell' amministrazione municipale o di compagnie.

Bagni. — Qual è il numero degli stabilimenti di bagni nella città? Quanti bagni può dare al giorno il complesso di questi stabilimenti? Esistono stabilimenti di bagni e lavatoi per le classi povere? In caso affermativo, far conoscere il prezzo di ammissione e le basi finanziarie dell' istituzione, secondo che sia fondata dallo stato, dalla città o dall' industria privata.

Polizia medica. — Numero dei medici, chirurghi, ostetrici, mammane e farmacisti in esercizio effettivo. — Ordinamento de' Consigli d' igiene e di salute pubblica. — Verificazione delle morti ordinarie, volontarie, accidentali, ecc. — Statistica e collocamento delle nutrici.

Polizia di Sanità. — Far conoscere se la legislazione generale o locale limiti l' altezza delle case secondo la larghezza delle strade o qualunque altra base; se regoli nell' interesse dell' igiene pubblica le condizioni, sì interne che esterne, della loro costruzione; se renda obbligatoria a certi intervalli periodici la lavatura esterna o l' imbiancamento delle case; se vieti la locazione di alloggi insalubri; se vieti la formazione, nell' interno della città, di stabilimenti insalubri, o prescriva le misure ne-

cessarie per far cessare la loro insalubrità; se incarichi gli ispettori delle officine o manifatture (dove questi ispettori esistono) di vigilare al risanamento, con un buon sistema di aereazione od altro, de' locali destinati al lavoro in comune; se prescriva in caso di epidemia misure sanitarie speciali; se indichi i mezzi ufficiali per sorvegliare la qualità degli oggetti di consumo.

La Polizia delle Sepolture. — Loro numero, loro superficie. Hanno luogo nell' interno o all' esterno della città? In quest' ultimo caso, a qual distanza regolamentare dalla città sono situati i cimiteri? Loro orientazione rispetto alla città. A quale profondità regolamentare hanno luogo le sepolture? A quale distanza regolamentare sono collocate le fosse? Qual è (fuori delle concessioni speciali, sieno a perpetuità o a lunghi termini) la durata regolamentare della dimora nelle fosse?

Polizia della Prostituzione. — Far conoscere i provvedimenti di autorizzazione o di tolleranza. Dare il numero delle prostitute per età, stato civile, luogo di origine. Esporre il regime cui sono sottoposte sotto il doppio aspetto dell'ordine e della sanità pubblica.

Il settimo ordine di quesiti riguardava gli oggetti di consumazione specialmente alimentare, le loro qualità, quantità e prezzi. — Il dodicesimo, *Assistenza pubblica*, conteneva i quesiti seguenti: numero delle istituzioni caritative (ospedali, ospizii, dispensarii, soccorsi medici a domicilio, uffizi di carità, case di ricovero, di asilo ecc.). Numero, nei 10 anni, di soccorsi per sesso, età (fanciulli o adulti), professioni, in ciascun anno. Se dipendono da una Amministrazione centrale e speciale sotto la direzione del Governo o del Municipio, o se siano retti da un amministrazione distinta. Far conoscere: 1. La parte che hanno il governo, la cttà e i privati nella creazione e nel mantenimento di questi diversi stabilimenti. 2. La natura e il montare delle loro entrate e delle loro spese. — Nel quesito 14° *Sicurezza pubblica*, chiedevasi tra le altre la statistica degli accidenti e sinistri, e i modi di precauzione contro gli accidenti sui fiumi e nelle strade. — In un quadro annesso *sulle industrie* si domandava il numero dei fanciulli operai maschi e femmine da 6 a 12 e da 12 a 17 anni.

5. Popolazione — Movimento dello stato civile

Congresso di Brusselle 1853. — Nei quesiti circa la *popolazione* (N. 5) chiedevasi il movimento di 10 anni, cioè *matrimoni* per età, stato civile, per mesi e per professioni, in ciascuno dei due sessi; *nascite* per sesso e stato civile (legittime e naturali) e per mesi, a domicilio id., negli ospedali id., nati-morti (o meglio espulsi morti) per sesso e stato civile, media annua dei trovatelli per sesso (dove esistono stabilimenti per riceverli); statistica dei ciechi, dei sordo-muti, degli alienati; morti per sesso, stato civile, età, professione, cause, e per mesi, a domicilio id., negli ospedali id., nelle prigioni id.; statistica speciale dei suicidii, numero, cause certe o presunte, sesso, età, stato civile, modo di perpetrazione; statistica degli ospedali generali e speciali; numero delle ammissioni e delle morti per mesi, sesso, età, professione, stato civile, natura di malattie; numero totale dei malati curati, colle stesse indicazioni.

(continua)

Circolare per la fondazione della Società Italiana pel progresso delle Scienze, proposta dal Congresso degli Scienziati italiani tenutosi in Roma nell' anno 1873.

Roma 31 Dicembre 1873

Ill.mo Signore

I Congressi degli Scienziati italiani, sorti nel 1839, contribuirono potentemente a affratellare le varie provincie italiane ed a preparare l' unità politica della patria. Ma ora che col trasferimento della Capitale in Roma questa meta è stata raggiunta, i Congressi devono rientrare in una sfera d' azione più appropriata alla loro indole scientifica.

A questo fine l' ultimo Congresso, tenutosi in Roma nell' ottobre decorso, deliberò di fondare una Associazione permanente col nome di *Società italiana pel progresso delle scienze*, la quale terrà un primo Congresso nel 1874 in Roma e delibererà successivamente sul luogo e sulla forma delle future riunioni.

La Società è rappresentata da un Comitato permanente che ha sede in Roma, ed ha l' incarico di preparare i Congressi e di eseguirne le deliberazioni. Esso rimane in carica fino alla chiusura del nuovo Congresso.

Come componenti il Comitato per questo primo anno sono stati eletti i sottoscritti, ai quali fu dato l' incarico di far quanto occorre per eseguire la deliberazione che fonda la nuova Società e preparare il regolamento da sottoporre all' approvazione del prossimo Congresso.

I sottoscritti essendosi messi all' opera, hanno compreso che l' incarico loro affidato era: Di costituire una grande Società, la quale, lungi dall' occupare il campo coltivato dalle Accademie e dagli Istituti scientifici residenti nelle varie parti d' Italia, si proponesse invece di colmare una lacuna che sussiste nei nostri ordinamenti scientifici, col promuovere in modo più stabile e più efficace, di quanto non lo potessero fare i Congressi passati, i convegni tra i vari cultori di scienze, facendoli servire non solo a provocare relazioni personali e sfuggevoli scambi di idee, ma altresì a collegare durevolmente i loro sforzi intorno a scopi comuni e a tener vivo nel pubblico l' interesse per l' alta coltura scientifica.

Essi comprendono però che un così vasto disegno non può essere attuato in breve spazio di tempo, ma richiede l' opera concorde e perseverante di molti e per molto tempo. Essi non aspirano quindi ad altro che a gittare la base del futuro edifizio, col raccogliere il più grande numero possibile di soci nelle categorie indicate dallo Statuto, col procurarsi contribuzioni da tutti gli amatori del progresso scientifico nazionale e da tutti i corpi costituiti, i quali giudicassero di dovervi contribuire, e col preparare letture e lavori importanti ed argomenti degni di discussione.

Per ciò i sottoscritti si rivolgono:

1° A tutti i loro colleghi ed ai soci dei Congressi passati, invitandoli a entrare nella nuova Società, e pregandoli a voler raccogliere altre sottoscrizioni tra le persone nelle categorie sottoindicate, le quali possono meglio giovare allo scopo della Società.

2° A tutte le Accademie ed Istituti scientifici, perchè vogliano delegare uno o più rappresentanti coll' incarico di leggere nel prossimo Congresso generale un riassunto dei lavori da essi compiuti nell' anno corrente; in guisa che possa il paese avere in tale occasione un quadro del movimento scientifico italiano, quadro il cui difetto era da tutti vivamente sentito.

3° Ad alcuni cultori di scienze o delle loro applicazioni, perchè vogliano preparare un rendiconto dei più rilevanti progressi fatti negli ultimi anni in Europa, nel ramo da ciascuno di essi coltivato, rendiconto che dovrebbe indirizzarsi non tanto agli speciali cultori di quel ramo, quanto ai cultori di scienze affini, e a tutti coloro che prendono interesse alle grandi questioni scientifiche.

4° A tutti i componenti della Società, affinchè vogliano proporre quelli argomenti di lavoro e di discussione, che giudicassero meglio convenire al prossimo Congresso e vogliano avvertire in tempo utile il Comitato, se essi si propongono d' intervenirvi e di farvi letture o comunicazioni. Di tutte questè proposte il Comitato terrà conto, nella misura del possibile, nel compilare il programma del futuro Congresso.

Il Comitato inoltre accoglierà con premura le proposte che i soci vorranno fare intorno al regolamento che esso è incaricato di compilare.

I sottoscritti si rivolgono quindi alla S. V. chiedendo la cooperazione per gli scopi or ora indicati.

Come Ella può rilevare dalla qui annessa deliberazione del Congresso, i soci effettivi si obbligano a pagare lire 10 annue per il corso di cinque anni. Hanno diritto ad esser soci: Gll italiani, che già appartennero ad uno dei Congressi passati; quelli che sono soci di Accademie ed altri Istituti che diano pubblicità ai loro atti; i direttori di alti studi o di stabilimenti scientifici; tutti i professori insegnanti od emeriti; gli ufficiali dell' Esercito e della Marina; i Magistrati; gli Ingegneri del Genio civile, delle miniere e gli Ispettori forestali. Sono pure ammessi a farne parte coloro che, sebbene non italiani, saranno proposti da soci già inscritti.

Per effettuare le sottoscrizioni, il Comitato ha deliberato che chiunque voglia sottoscriversi, essendo compreso nelle categorie sopra indicate, faccia pervenire, direttamente o per vaglia postale, lire 10 al Sig. *Giovanni Ferrando* Cassiere provvisorio della Società nel locale della Società geografica, gentilmente offerto a sede provvisoria del Comitato,

Via della Colonna 28, indicando l'indirizzo ed il titolo per cui ha diritto di essere ammesso.

Il Comitato, ricevuta la prima annata di sottoscrizione, farà pervenire al mittente un piccolo Diploma di *Socio effettivo*, da valere dal 1° Gennaio 1874 per il corso di 5 anni. Il socio acquista con ciò il diritto di far parte dei Congressi che si terranno nel quinquennio, di ricevere il Diario, gli Atti e tutte le altre pubblicazioni della Società, quand'anche non intervenisse al Congresso.

Il Comitato, nell'interesse di semplificare la sua amministrazione, credendo in pari tempo di far cosa grata a molti sottoscrittori, autorizza questi ultimi a liberarsi col *pagamento immediato* di lire 45 dell'impegno che essi si sono assunti di pagare lire 10 annue per cinque anni consecutivi.

Inoltre il Comitato, considerando che la contribuzione annua é stata fissata a lire 10 solo perchè non riuscisse di aggravio alle modeste fortune di molti insegnanti, e che se gli introiti si limitassero soltanto a ciò sarebbero insufficienti allo scopo della Società, ha deliberato:

1° Di accogliere volontieri sin d'ora *le contribuzioni maggiori o straordinarie* che i soci vorranno fare oltre al pagamento della tassa annua, dei quali soci pubblicherà sollecitamente i nomi, riservandosi di proporli al prossimo Congresso come *Benemeriti.*

2° Di accogliere col titolo di *Soci onorarii* coloro, i quali, non essendo compresi nelle categorie stabilite per i soci effettivi, o non volendo assumere la qualità di soci effettivi, volessero pur non di meno contribuire all'incremento della Società e pagassero per cinque anni consecutivi la quota annua di almeno lire 20, o almeno lire 90 in una sola volta. Questi soci onorarii riceveranno tutte le pubblicazioni della Società ed i loro nomi saranno pubblicati con distinzione negli Atti del Congresso. Tosto che avranno versato la loro quota, sia direttamente sia per vaglia postale, almeno per un anno, nelle mani del predetto Cassiere del Comitato, essi riceveranno per cura del Comitato un piccolo Diploma di Soci onorarii.

Infine e onde togliere ogni dubbio che potesse sorgere su di una questione importante, il Comitato, seguendo in ciò le antiche tradizioni italiche e quelle dei passati Congsessi, dichiara che anche le donne sono ammesse nella nuova Società; come soci effettivi qualora esse rientrino in una delle categorie previste dallo Statuto, altrimenti come soci onorarii. Esse sono del tutto e in tutto pareggiate agli uomini. Come è ac-

caduto in Inghilterra per l' Associazione britannica, il Comitato desidera che la donna italiana prenda una larga parte nella vita della nuova Società e si associi caldamente al movimento dell'alta coltura scientifica.

Il Comitato permanente

TERENZIO MAMIANI *Presidente*
MICHELE AMARI
CESARE CORRENTI
STANISLAO CANNIZZARO
LUIGI GALASSI
PIETRO BLASERNA
LEONE DE SANCTIS *Segretario*

Proposta di ricostituzione dei Congressi generali degli scienziati approvata nell' adunanza del 27 Ottobre 1873.

1. I Congressi generali degli scienziati italiani sono mantenuti.

2. É istituita nn' Associazione permanente degli Scienziati italiani col nome di *Società italiana pel progresso delle Scienze.*

3. Chiunque voglia essere Socio, ed entri nelle categorie delle quali si parla nell' articolo 8, si obbliga a pagare per cinque anni la quota annua di 10 lire. Chi non dichiara tre mesi prima dello spirare del quinquennio di uscire dalla Società, vi rimane per altri cinque anni.

4. La sede legale e permanente della Società e del suo Comitato è in Roma.

5. La Società sceglie ne' suoi Congressi il luogo e il tempo della successiva riunione.

6. La Società è rappresentata da un Comitato permanente composto di sette Membri, con incarico di preparare i Congressi ed eseguirne le deliberazioni. Ciascun Membro avrà la sua dimora in Roma.

7. Le sette Classi, in cui è spartito il Congresso, eleggeranno ciascuna un Membro del Comitato permanente. E tutti essi durano in officio fino alla chiusura del nuovo Congresso, e possono essere rieletti.

8. Alle categorie per l' ammissione alla Società, indicate già nel regolamento dei Congressi anteriori, si aggiungono le seguenti: essere Ufficiale dell' Esercito o della Marina; essere Magistrato; essere Ingegnere del Genio Civile, delle Miniere, o Ispettore forestale.

9. Coloro che non sono Soci e tuttavia entrano in alcuna delle dette categorie possono farsi ascriveve ad uno dei Congressi della Società, pagando la tassa di lire 20, ma non possono prendere parte alle votazioni per l' elezione del Comitato.

Disposizioni transitorie

10. La Società tiene nell' anno prossimo il suo primo Congresso generale in Roma.

11. Il Comitato è incaricato di compilare il nuovo regolamento della Società da sottoporsi per l' approvazione al prossimo Congresso.

Membri del Comitato permanente eletti dal Congresso

Terenzio Mamiani *Senatore*
Michele Amari *Senatore*
Cesare Correnti *Deputato*
Stanislao Cannizzaro *Senatore*
Luigi Galassi *Professore*
Pietro Blaserna *Professore*
Leone de Sanctis *Professore*

—o—

Annunzio Necrologico

Assai nefasto pei medici d' Italia è stato il tramonto dell' anno 1873. Questa nostra Società Medico-Chirurgica è dolente di segnare a lutto nel suo Albo quattro nomi di illustri uomini che ne erano di bello ornamento, e operarono più o meno egregiamente negli studi comuni, e all' incremento di essa.

Il Prof. Cav. **Marco Paolini** medico assai distinto, professore emerito di fisiologia nella nostra Università, medico direttore delle Terme Porrettane, mancava ai vivi qui in Bologna sua patria, nella non grave età di 64 anni, il giorno 5 Dicembre. Grandemente stimato e riverito per le sue virtù, pel suo molto sapere, per l' insegnamento cattedratico della Fisiologia dato per 20 anni con molto plauso fra noi, per importanti lavori pubblicati di medicina pratica, di fisiologia sperimentale, di idralogia minerale in ispecie della Porretta, per la savia ed intelligente direzione di quelle Terme, nobilmente e splendidamente tenuta per ben più di 30 anni, lascia vivo desiderio di Lui. All' uomo integerrimo, all' illustre scienziato, al benemerito cittadino non sono mancati l' universale compianto ed il tributo di speciale onoranza per parte dell' Università, dei Corpi Accademici cui appartenne, dei colleghi, degli amici, dei dipendenti e di ogni ordine di cittadini accorsi numerosi a porgere a Lui l' ultimo solenne addio.

Il Cav. Prof. **Ferdinando De Nausio** il vero riformatore e direttore della Scuola Veterinaria di Napoli, autore di importanti lavori, nell'età d' anni 71 moriva il 19 Dicembre in Napoli dopo lunga e penosa malattia.

Il Dott. **Mauro Leonardi** Medico primario emerito di Treja nell' età d' anni 66 moriva esso pure nel giorno 19 Dicembre. Pratico reputatissimo fece tesoro delle raccolte osservazioni e sovente ne arrichì la Scienza. É stato pianto dall' intera città che lo ebbe a medico solerte e coscienzioso.

Il capo d' anno è stato assai tristamente segnato dalla grave perdita di uno dei più illustri medici che attualmente contasse l'Italia, il Comm. Prof. **Giacinto Namias** Professore di Clinica Medica nella Scuola pratica di Venezia, Segretario perpetuo del R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, ed uno dei quaranta della Società italiana delle Scienze. Egli è stato redattore principale del Giornale per servire ai progressi della Patologia, del Giornale Veneto di Scienze Mediche, la sua penna era instancabile, colse gloriose palme anche all' estero con lavori di elettroterapia e nel Veneto tenne per molti anni il primato fra i medici pratici. È una grave jattura pei molti amici ch' Egli seppe acquistarsi e che erano lieti della sua corrispondenza, per la città di Venezia, per la nostra Società Medico-Chirurgica che in modo singolare predilesse, per la intera Nazione.

INDICE

DELLE MATERIE

CONTENUTE

IN QUESTO VOLUME XVI. DELLA SERIE V.

MEMORIE ORIGINALI

RIVISTA DEGLI OSPEDALI DI BOLOGNA

TRADUZIONI E RISTAMPE

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

VARIETÀ

BIBLIOGRAFIA

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Anno XLIV. — Serie V. — Vol. XV. e XVI.

Anno 1873.

Indice alfabetico delle Materie

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Anno XLIV. — Serie V. — Vol. XV. e XVI.

Anno 1873.

Indice alfabetico degli Autori

LLCOME
IBRARY
NSTITUTE

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

VARIETÀ

Avviso

La **Società Medico-Chirurgica di Bologna** fa noto che nell' anno 1874 continuerà a pubblicare il suo *Bullettino* alle seguenti condizioni:

Si pubblicherà ogni mese un Fascicolo di 5 fogli di stampa corredato di tavole, quanto fia d' uopo. Sei fascicoli formeranno un Volume di 30 fogli circa accompagnato dall' indice delle materie.

Il prezzo dell' associazione annua, che si paga anticipata, è di italiane L. 11 per Bologna, L. 12 franco per lo Stato, e fino al confine, e L. 13,50 franco per l' Estero.

Le Associazioni si ricevono presso la Società stessa in Bologna nell'antico Archiginnasio sotto il Portico del Pavaglione.

Gli articoli da inserire nel Bullettino, i denari e le lettere devono spedirsi coll' indicazione del rispettivo Nome e Cognome, e franchi di ogni spesa, alla *Società Medico-Chirurgica di Bologna*, ed ove non pervenga cenno di ricevuta col primo fascicolo susseguente, devesi subito far reclamo tanto alla Società, che all' Ufficio postale.

Verranno donate all' Autore di ogni Memoria originale inserita in questo Bullettino copie 25 a parte.

Chi prima della fine dell' anno non avrà avvisato in proposito, si terrà come associato anche per l' anno venturo.